REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima Marzo 1939 T. II. N° 1

PSICOLOGIA GENERAL Y PSICOPATOLOGIA DE LA VOLUNTAD

Por **HONORIO DELGADO**

1. FENOMENOLOGIA DEL ACTO VOLUNTARIO.—2. DESARROLLO DE LA VOLUNTAD. — 3. DINAMICA DEL QUERER.— 4. QUERER LIBRE Y CONCIENCIA MORAL.—5. ABULIA.—6. HIPOBULIA.—7. IMPULSOS IRRESISTIBLES.—8. ESTUPOR.—9. ITERACION.—10. NEGATIVISMO Y REACCION DE ULTIMO MOMENTO.—11. OBEDIENCIA AUTOMATICA Y REACCIONES DE ECO.—12. SUGESTIBILIDAD MORBIDA.—13. SENTIMIENTO DE FALTA DE VOLUNTAD Y ACTOS APARENTEMENTE INFLUIDOS, IMPUESTOS O HECHOS.— 14. ACTOS COMPULSIVOS.—15. SOBREVALORACION ILUSORIA DE LA PROPIA VOLUNTAD.

1. Voluntario es el acto de gobierno de las propias posibilidades de acción o abstención según un fin presente a la conciencia, acto que el sujeto concibe y realiza como potestativo de su yo. Por tanto, el ejercicio de la voluntad presupone la capacidad del sujeto para disponer y regir las tendencias instintivas en servicio del comercio con el mundo y de la propia realización como persona. En la experiencia vivida el acto voluntario se impone como cualitativamente distinto de toda otra forma de actividad. La psicología experimental, que ha negado más de una vez la originalidad y aun la existencia de la voluntad, no permite precisar su índole, ni siquiera lograr una descripción fenomenológica satisfactoria. Esto lo aceptan hoy incluso los cultores de la psicología de laboratorio. Así, GIESE declara que "la comparación—libre de ideas preconcebidas—de una reacción que se produce en condiciones artificiales fácilmente observables y

rigurosamente determinadas y una acción voluntaria situada en la vida real muestra cuán poco legítima es la transferencia directa de los datos de la una a la otra". Tratándose de la acción voluntaria, "su investigación precisa no es fructuosa en condiciones artificiales, sino solamente el análisis de los hechos que se producen de manera natural". STERN, por su parte, reconoce que los experimentadores "no se sirven de acciones voluntarias reales, sino de representaciones y hasta de evidentes ficciones de actos voluntarios... Mas tales experimentos—agrega—no carecen completamente de valor; sólo que no se les debe considerar como investigaciones de motivos o pruebas de aptitud". Por último, SIMONEIT, KREIPE y ZILIAN, psicólogos formados en el laboratorio de ACH—el más proficuo de los investigadores en este campo de la vida anímica—, recalcan la dificultad y hasta la imposibilidad de formular en la práctica un pronóstico de la voluntad con sólo experimentos de reacción, sin el estudio de la vida real del sujeto.

El análisis de un acto voluntario muestra los siguientes aspectos, que no deben tomarse como si significasen siempre momentos sucesivos, y menos aun partes o piezas desmontables : 1° la motivación, 2° la deliberación, 3° la decisión, 4° la ejecución.

1° La **motivación** se caracteriza por manifestarse a la conciencia incentivos eficaces para promover la actividad personal : fines y medios. En la situación particular del sujeto real, el querer se relaciona con el conjunto de la vida anímica en dos sentidos : por una parte, es una función destacada entre otras funciones de las cuales se sirve y, por otra parte, surge del fondo de la personalidad, vinculado con todas las disposiciones y aptitudes, incluso con la historia de sus vicisitudes. La mera consideración de esta circunstancia hace pensar en la complejidad de la motivación y en la necesidad del conflicto anexo a ella. Los incentivos de la voluntad pueden ser inmediatos o lejanos, superficiales o profundos, subjetivos u objetivos, aparentes o reales en grado variable. Se considera como **motivos** las condiciones internas de la voluntad que son de naturaleza intelectual y como **móviles** las de orden afectivo; los motivos se presentan al yo y excitan la voluntad, los móviles tienden a polarizar al yo y a inclinar con imperio la voluntad; aunque los móviles dependen directamente de la disposición instintiva y los motivos son del dominio de la razón, todo querer normal conecta ambas esferas, pues en él no hay móvil sin motivo y viceversa. Como para toda actividad anímica, para la volitiva hay actitudes personales durables, en parte espontáneas, en parte adquiridas. Asimismo, el propio ejercicio de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la voluntad puede constituir un motivo, querer el querer, con replegamientos sucesivos sobre sí mismo. Por último, motivos y móviles en veces no son explícitos, aunque eficaces, esto es, que obran sin que el sujeto se percate de su influencia. Todo esto complica la motivación y dificulta su análisis, el cual apareja un margen de conjetura, por cuya razón nos parece plausible la manera como ACH define la motivación : "el conjunto de aquellos factores psiconomos, conscientes y subconscientes, con cuyo fundamento se manifiesta nuestro querer y actuar".

2º Aunque el yo tenga en los motivos y los móviles base y punto de partida para el querer, se halla ante ellos en cierto modo como árbitro, los sopeza, examina su entidad y las consecuencias de seguir las direcciones que apuntan. Tal es la **deliberación,** actividad esencialmente valorativa y analítica, inseparable del pensamiento e íntegramente ligada a la conciencia moral en los actos volitivos más importantes para el sujeto. En efecto, el acto voluntario de algún momento implica reflexión y responsabilidad que se dirigen tanto a la situación presente cuanto a los antecedentes y a las posibilidades y fines personales, de alcance temporal y jerárquico de mayor aliento mientras más diferenciada, profunda y rica es la personalidad del sujeto. El discernimiento, la intuición, la fantasía y el sentimiento se ocupan en la tarea de apreciar los bienes y males que aparejan las diversas eventualidades desde los tres puntos de vista correspondientes al querer mismo, al poder personal y al deber que implica la ley inmanente y normativa del ser humano. Así, **in mente,** se forja intentos, se considera, se descarta y se concerta posibilidades; se esboza, se perfecciona o invalida proyectos, se les contrasta o complementa con otros, se justifica o se acepta con reservas o con pesar un recurso necesario o una consecuencia inevitable. A veces el exceso de elaboración paraliza el resorte de la decisión. Otras veces las exigencias de la vida activa obligan a deliberaciones sumarias y ágiles, en consonancia con el desarrollo de los acontecimientos que no permite previsión minuciosa ni de largo aliento sino creación circunstancial. Esto nos pone frente al tercer aspecto del acto voluntario.

3º La motivación entraña un proceso dialéctico propio, que o queda en suspenso, sin efecto—acto del querer abortado, mero deseo, simple intención—, o culmina en una elección eficiente, con lo cual adelanta el proceso volitivo. Tal es la fase de la **decisión,** acto intencional por excelencia en que el yo incorpora en su reino y hace suyo determinado fin, tornándose reflexivo lo espontáneo, fuerza viva

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la virtual. En la decisión el espíritu asume un designio claro con cuya prosecución el yo afirma su **dominium politicum.** Esta manifestación de soberanía que pone término a las posibilidades, a lo problemático, determina una resolución autógena. En cierto modo el yo pasa de la condición de espectador a la de actor gracias a una diferenciación y a una inhibición en el fuero interno, sirviéndose de las fuerzas que le ofrece el móvil asumido. Puede considerarse como dos aspectos diferentes la elección y la resolución : la primera correspondería al escueto optar en un sentido preciso, la segunda a la entrega del yo a este sentido ya como determinación tomada. En todo caso, la elección y lo que a ella sigue no es meramente la resultante "energética" o el vector de un sistema de móviles, sino un acto original y una relación del yo consigo mismo. "Es una autoconciencia en la cual no me veo contemplativamente, sino en la cual me comporto conmigo activamente" (JASPERS). Esta etapa de la decisión, aunque es el preludio de la acción misma, implica cierto reposo y alivio relativos, inherentes al cesar de la tensión anexa a las múltiples posibilidades y conflictos propios de la motivación, y el comienzo de una nueva tensión, ejecutiva.

4º Se consuma la intención volitiva con una obra o un modo de comportamiento, sea en forma de acción exterior sea como mero cambio íntimo. Esta es la fase de **ejecución,** cuyo sentido no debe confundirse con una de sus variedades : en la mayor parte de los casos es un obrar psicofísico; en otros es un renunciar a determinada acción o una operación del pensamiento. De modo que es ejecución voluntaria tanto realizar una hazaña o emprender un negocio, cuanto vencer una tentación o resolver **in mente** un problema. La acción exterior más sencilla entraña una irradiación de lo mental en lo físico y presupone el concurso de la materia cuya organización conspira a favor de las realizaciones del espíritu. En efecto, la conversión del querer en movimiento de nuestro cuerpo es un acontecimiento original, incomprensible e inexplicable. Constituye uno de los aspectos del problema metafísico de la relación entre el alma y el cuerpo, que hemos considerado en otra oportunidad. * Refiriéndose a la inserción de la voluntad en el movimiento corporal, JASPERS observa que entraña el único caso en el mundo donde lo "mágico" es real, donde lo espiritual se trueca de manera inmediata en realidad física y psíquica y con ello el sujeto opera un cambio de

* "Introducción al estudio de la psicopatología", **Actualidad Médica Peruana,** 1935, Nº 6.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

su propia existencia. Por otra parte, en la persona humana convergen y se concertan dos mundos: el de la naturaleza y el del espíritu. La organización emergente y jerárquica del primero, que alcanza su mayor diferenciación en el hombre, dispone sus virtualidades de modo que el espíritu halla conexión con el orden temporal y especial. La diferenciación de la actividad adaptativa del hombre dentro de la bioesfera, de la cual forma parte, prepara la vida consciente. Su inserción en la realidad, a la vez que obliga al ser humano a asimilar la regularidad del acontecer exterior y a sufrirlo como destino, le permite servirse de él según el orden de los valores espirituales y limitar el imperio de las fuerzas ciegas: así el móvil movido, el sujeto heterónomo, se hace capaz de convertirse en móvil que se mueve a sí propio, en sujeto autónomo. Lo que ACH llama "ley de la dificultad", o sea que la dificultad de una tarea o de un fin es el factor principal para la mayor fuerza de la tensión volitiva, nos parece estar en relación con el vencimiento del acontecer puramente causal, principio rector de la ejecución.

2. En el individuo normal el **DESARROLLO DE LA VOLUNTAD,** en tránsito de la heteronomía a la autonomía, se opera condicionado por la disposición ingénita y las influencias del ambiente humano. A pesar de la variedad anexa a los sexos, a los individuos y a las épocas y formas de la cultura, hay cierta regularidad genética de la aptitud volitiva. La actividad del recién nacido se compone de reflejos y reacciones instintivas. En el niño de pecho éstas se diferencian gradualmente, de modo que al fin del primer año, y aun antes, son tan diferenciadas y elásticas que hacen posible la emergencia de actos espontáneos de autodirección: el niño entonces se propone determinada conducta y trata de realizar las acciones correspondientes. Al fin del segundo año da claras muestras de elegir, de concebir planes y de esforzarse por lograr ejecutarlos por sí solo. Por cierto que entonces la desharmonía del querer y el poder es grande; sólo gradualmente se reduce hasta llegar al mínimum en el adulto. Como todas las funciones psíquicas, la voluntad se ejercita durante la niñez sobre todo bajo la forma de juego, en el cual colaboran la fantasía creadora y la imitativa. Pero no todo es juego para el menor; ya a los 2 años se muestran vislumbres de conciencia moral : en la lucha de motivos aparecen eventualmente sentimientos de compasión, de deber, de honor, anhelo de saber. Naturalmente, los ojos del espíritu se abren a los valores morales con la prohibición, los preceptos y el ejemplo de los demás. Mas esto no quiere decir que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

se trate de imposición exterior o domesticación sino de estímulos, pues las mismas influencias culturales en sujetos de disposición diferente producen efectos muy diferentes; por otra parte ciertos niños con una influencia educativa mínima adquieren precoz, rápida y duradera elevación en los incentivos de la conducta, y otros con excelente ejemplo y cuidado cultural óptimo no pasan de un nivel subalterno. Que el resorte interior es esencial lo demuestra también la normal metamorfosis de los motivos y la alternancia de fases a lo largo del desarrollo individual, como veremos en seguida.

Conforme la dirección manifiesta a los 2 años el ejercicio de la voluntad se enriquece y progresa en franca expansión y ascenso hasta los 4 años más o menos. Entonces se produce una crisis en el alma del niño, convulsión caótica con extrema labilidad que corresponde a la primera pubertad y, en lo que se refiere a la vida activa, se caracteriza por la obstinación anárquica, afán de hacer la propia voluntad, de prepotencia y de emancipación personal, además de la exaltación de la necesidad de ternura, de la curiosidad acerca de los misterios de la generación y propensión a jugar papeles de orden sexual. La adquisición positiva lograda con esta crisis para la etapa siguiente es un avance en la conciencia del yo y la actividad de la tendencia promotora de la vida reflexiva. Después de la primera pubertad hasta los 8 años el menor muestra plasticidad notable para incorporar las normas, sentido de los fines objetivos, sentimiento del deber, con sus consecuencias para la acción. Entonces el sujeto se inclina a los fines prácticos : ya no vive sólo estados sino que trata de entregarse a algo, lo que implica la actividad de la tendencia transitiva de rendimiento. Al principio, el mundo de lo serio se confunde con el del juego, después se independizan uno de otro. La atención voluntaria y el esfuerzo por dominar los impulsos adaptan cada vez mejor al niño. A los 9 años la conciencia del deber adquiere más consistencia y la valoración del sujeto, aunque vacilante, se articula en círculos cada vez más vastos del espíritu objetivo. Si un año más tarde la motivación es fundamentalmente egocéntrica, debe temerse un desarrollo anormal de la voluntad. En la fase prepuberal (de los 10 a los 13 años) medra la disposición a la fantasía orientada a lo remoto y quimérico a la vez que el sentido de la realidad conecta al sujeto con el ambiente inmediato y amplía la esfera de su acción voluntaria, y la curiosidad intelectual preponderante da fundamento lógico a los motivos y su lucha.

En la pubertad (de los 13 a los 16 años) se repite la crisis de obstinación, mas acentuada que la de la primera pubertad : obsti-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nación, primero reactiva a la influencia ajena, después en contra de la propia espontaneidad personal, sintomática de una reagudización de la conciencia del yo. También se reactiva la tendencia de vida reflexiva con detracción de la realidad, a cuya fase sigue una de imperio de la tendencia transitiva de actividad, con cierto grado de desorientación espiritual, inestabilidad y perplejidad. Es un período de baja de nivel para la vida activa, al que sigue una etapa de alivio, tras la cual, con el conocimiento logrado del propio ser, vienen años en los cuales se precisa la orientación de la voluntad al servicio de una forma definida de modo de vivir productivo, no sin episodios de fanatismo y dudas acerca del propio destino. Entonces florecen los planes de largo aliento y se producen las decisiones de grandes consecuencias. Según las investigaciones de RUPPERT, la experiencia de los valores en la fase prepuberal es "integrada" : valor y persona (ajena) son ingenuamente vividos de manera unívoca, con predominio de la admiración hacia los hombres que se toma como modelo; en la pubertad la experiencia timética es "diferenciada" : se distingue y opone lo ideal y lo real, los valores son vividos como estados significativos del yo, con propensión a crearse problemas, a juzgar y a rechazar valores, tomando a los demás como ejemplos o casos; en la última fase se impone la tendencia a la "autoformación" deliberada, se tiende a encarnar el ideal intuído : la persona humana aparece más o menos implícitamente como una estructura de valores, los personajes o seres favoritos obran con el carácter de suscitadores, con el prestigio de cánones reales.

El ejercicio de la voluntad en el adulto bien dotado se encauza dentro de lo factible. Aunque el sistema de fines personales es relativamente estable, la experiencia vivida enriquece la perspectiva de posibilidades y motivos; enseña a deliberar con detenimiento las consecuencias de las decisiones; a pensar realistamente en los factores dependientes de los demás; a decidir y actuar con oportunidad y conciliando los propios deseos o anhelos con la medida de lo que puede esperar de sí mismo; a concertar los medios con economía de esfuerzo y máxima y durable eficacia, evitando ser víctima tan fácilmente como el niño o el joven de deslumbramientos y quimeras, pero con atrevimiento en empresas esenciales al despliegue y expresión de la virtualidad más original, elevada y fecunda del propio ser.

3. Hemos descrito los grandes lineamentos del desarrollo de la voluntad, después de exponer la fenomenología del acto completo y maduro de esta actividad. Complemento necesario es el estudio de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la **DINAMICA DEL QUERER,** que permitirá considerar la relación genética de los actos aislados entre ellos y con el conjunto de la vida psíquica, así como la variedad de sus formas concretas. La dinámica de la voluntad tiene su propulsor fundamental en la esfera del instinto. Ya hemos dicho que no hay actividad volitiva normal sin la intervención de motivos y móviles, y éstos no son sino tendencias instintivas. La esfera instintiva no sólo constituye lo que puede llamarse figuradamente la fuente generadora de energía, sino la arquitectura potencial de fines, de posibilidades de acción. Mas no debe entenderse por instinto en el hombre sólo el conjunto de propensiones meramente vitales. Al estudiar la psicología de las tendencias instintivas * hemos visto que el instinto fundamental del hombre, que corona y orienta la estructura monárquica de su actividad, no puede ser otro que la aspiración al pleno desarrollo del germen personal, dinamismo íntimo que mueve a la realización de la ley inmanente y normativa de la persona. A las inteligencias formadas en el fanatismo positivista puede parecer poco psicológico este criterio; pero sin él sería incomprensible el conjunto de la conducta y la experiencia íntima del hombre : corresponde a la índole de su ser propender a identificarse con lo que tiene de mejor. Surge, sin embargo, una objeción, que podría formularse así: si la dinámica de la vida instintiva entraña la orientación de la actividad anímica en el sentido de los bienes posibles y con la correspondiente aprehensión de su jerarquía, ¿qué papel juega la voluntad, para qué sirve? Sin considerar todavía la cuestión del querer libre y de la conciencia moral, y refiriéndonos únicamente a lo propio de la dinámica de que se trata, contestamos que en la voluntad además de los móviles intervienen siempre motivos, cuya consideración por parte del yo da al acto voluntario otra fuente de incentivos que sólo indirectamente se vincula con la esfera instintiva. Los motivos forman parte de la esfera intelectual, con cuya función aprehendemos los objetos, los aislamos de su mera contingencia gracias a la formación de conceptos, y nos remontamos al conocimiento de su valor y de su esencia, así como aprehendemos nuestro ser, superamos su inmanencia y columbramos su significación espiritual. En el acto de voluntad el yo es quien decide y no los motivos ni los móviles, pues la volición consiste en emplear **motu proprio** la causalidad del instinto según la determinación de la idea. Por eso no puede reducirse el imperio de la voluntad

* "Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas". **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 3.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

al de la vida instintiva, como tampoco es legítimo identificarlo con la capacidad intelectual. Pero gracias a las tendencias instintivas su dinámica tiene la substancia y la dirección de las fuerzas y fines propios de la naturaleza humana, y gracias al pensamiento logra la forma y el orden racional de los principios universales; con las tendencias promueve y diferencia la espontaneidad contingente del ser humano, con el pensamiento transfigura esa espontaneidad insertándola en el reino del espíritu; y así, gracias al cultivo y al desarrollo de la inteligencia, la razón no sirve sólo para facilitar y regular el comercio material con el mundo sino que hace posible lograr el conocimiento de los fines más altos para las posibilidades del instinto que de otro modo permanecería ciego e incapaz de elevación, con un **ordo amoris** nunca actual. Apenas cabe agregar que todo lo que se diga sobre esta materia es forzosamente esquemático, pues en la compleja vida psíquica del hombre la acción, el pensamiento, el sentimiento, el yo etc., sólo son separables por abstracción, sinérgicos en realidad.

La dinámica de la voluntad tiene pues dos órdenes fundamentales de condicionamiento : el de las tendencias instintivas y el de las ideas. Por consiguiente, la amplitud, el vigor, la diferenciación y el tipo de sus manifestaciones dependen considerablemente de la herencia, de la educación y de la experiencia previa del sujeto. El estudio de la variedad de este orden general corresponde a la psicología del carácter. Aquí consideraremos solamente 1° la constelación de los fines, 2° la adquisición de resortes de eficacia duradera, 3° el efecto de la repetición, 4° la influencia de las pasiones y 5° la sugestión.

1° La **constelación de los fines,** en lo que interesa desde el punto de vista dinámico, ofrece dos aspectos importantes : a) la riqueza de incentivos y b) la posibilidad de que parte de ellos no sean conscientes. a) De ordinario se piensa que la ejecución de un acto voluntario implica simplemente la realización de un fin. Esto es efectivo sólo de manera excepcional en una personalidad medianamente diferenciada. La vida práctica real entraña **riqueza de incentivos,** articulación ininterrumpida de infinidad de intenciones que se despliegan en un tiempo virtual amplio : la acción presente se relaciona con las realizadas y con las venideras, incluso aunque correspondan a motivos y móviles muy diferentes. En efecto, lo que ahora ejecuto cumple un fin inmediato, que es escribir determinada idea; pero con este fin están relacionados otros fines : el fin más amplio, que da unidad al conjunto del escrito mismo, lo que me propongo con esa exposición de mi manera de pensar acerca del asunto tratado etc.; el fin

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de aprovechar el tiempo de que dispongo, posponiendo otros propósitos o deseos; el fin de hacerlo hoy porque otros fines de antemano tienen su ubicación en mi actividad del día de mañana etc. Podríamos extender muy largamente la enumeración. Lo importante no es sólo la multiplicidad sino principalmente la trabazón, el sistema, y su pugna con otros sistemas de fines, todos los cuales tienen sentido en mi actitud respecto de mi situación y los antecedentes y tendencias de la totalidad de mi vida, incluso mi vocación, en parte condicionada por mi mundo, en parte libremente configurada. Semejante consideración, de apariencia trivial y en todo caso muy esquemática, tiene por objeto mostrar que un hecho de la conducta no puede ser comprendido y mucho menos explicado con sólo reconocer el móvil evidente al observador objetivo. La dificultad se agrava, incluso para el propio sujeto, si consideramos el otro aspecto :

b) **No todos los fines son conscientes** en el funcionamiento preparatorio de la operación voluntaria ni en el proceso actual de ésta. En efecto, el hecho de ocurrírsele a uno hacer o pensar algo se debe a menudo a una actitud latente, esto es, a una dirección que se ha constituído o mantenido fuera del campo de la conciencia. Tal actitud puede ser preparada por el ejercicio previo de la voluntad, como veremos después, o entraña una propensión espontánea. En este caso se trata de tendencias instintivas que obran como móviles sin que el sujeto se percate del fin. Así, si un hombre aficionado a la buena mesa acepta por razones de higiene practicar un deporte y se dedica a la caza convencido de que es el ejercicio más apropiado a su salud, semejante opción pone de manifiesto su apetito; igualmente, si una mujer después de varios años de vida conyugal estéril adopta un niño determinado con la única intención aparente de asegurarle la educación y el porvenir, es evidente que en esa voluntad interviene subconscientemente el instinto maternal, frustrado en el matrimonio. En uno y otro ejemplo no es consciente uno de los fines importantes (el subjetivo) eclipsado por el motivo en apariencia eficiente (el objetivo). De esto no es legítimo deducir que el móvil oculto es reprimido o rechazado de la conciencia ni que el motivo manifiesto es producto artificioso de un proceso de racionalización, mera pantalla o máscara. Ciertamente en algunos casos ocurre tal psicomaquia y tal sustitución—el yo se resiste a aceptar que obra movido por apetitos—, pero es fenómeno psicológico igualmente real la simple falta de conciencia, sin conflicto, transposición ni sustitución. Más aun, nunca hay una transposición verdaderamente gratuita, sólo de tapada: lo que se presenta a la conciencia como motivo o móvil es

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un motivo o móvil efectivo. Los psicoanalistas están en lo cierto al afirmar que en los actos voluntarios suelen infiltrarse fuerzas excluídas, enemigos enmascarados etc., pero, por una parte, no reconocen sino excepcionalmente que también se incorporan en la acción tendencias superiores a las del contenido consciente y, por otra parte, desvaloran de manera sistemática y arbitraria lo aparente : lo identifican con lo falso y lo nimio.

La intervención de factores o momentos subconscientes en el mismo acto volitivo es hecho de los más frecuentes. El sujeto consciente no advierte diversos aspectos de la constelación de fines — acaso por economía estructural—que son eficaces en la labor mental promovida por la "tendencia determinante", en el sentido de ACH. Por ejemplo, mientras estoy en camino para hacer una visita no tengo presente el fin de este acto. Pongo en práctica todos los medios necesarios y, sin desviarme de mi camino, recorro una serie de calles pensando en diversas cosas—que tal vez nada tienen que ver con el motivo de mis pasos—, tomo un vehículo y leo hasta que me aproximo a la meta, incluso suspendo la lectura en el momento preciso para abandonar el vehículo : subconscientemente he calculado el tiempo para cesar la lectura, como subconscientemente he ejecutado el preciso conjunto necesario para cumplir mi propósito.

Ciertamente la dinámica profunda del acto voluntario puede tener por consecuencia una desviación de la intencionalidad : un acto fallido. Decir una palabra incongruente, tener un olvido inexplicable, hacer una cosa por otra etc. Si se examina con detenimiento el hecho puede encontrarse fundamento al acto fallido : se ha actualizado de manera sorpresiva un móvil subconsciente. Asimismo, ciertas acciones voluntarias con escasa motivación se realizan como espontáneas, cuya poca congruencia con la situación salta a la vista. Aquí también el análisis puede revelar un sentido profundo, subconsciente, como se patentiza en esta observación. Casi todos los años la señora N. recuerda el aniversario de la muerte de su padre —acaecida cuando ella estaba en la adolescencia—gracias a los sueños de la víspera, en que la imagen de él se presenta en forma más o menos impresionante. El resto del año generalmente no sueña con su padre. El último aniversario no fué anunciado por el consabido sueño y N. pasó el día sin recordarlo; pero desde la mañana hasta la tarde se sintió dominada por el deseo de cantar canciones de la infancia. Cantó y cantó, preguntándose varias veces y en vano qué podría significar este querer desusado y perseverante. Sólo al día

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

siguiente tuvo la clave al ver la fecha en el diario : "Ayer fué aniversario de la muerte de papá—exclamó—. Con razón repetía sin cansarme los mismos cantos que cuando chica entonaba en coro con mi padre y mis hermanos". De hechos de esta clase se deduce que intervienen en el ejercicio de la voluntad influencias ajenas a la actividad consciente o, mejor, que la actividad consciente no abarca todos los fines de la prosecución voluntaria. Mas es equivocado sostener que sistemáticamente la actividad subsconciente actualiza intenciones que esperan la oportunidad de incorporarse a la acción, jugando pasadas "premeditadas" al yo consciente. Es asimismo equivocado atribuir un sentido oculto a todo acto fallido o de exigua motivación. A menudo se producen equívocos o acciones cuya determinación es puramente deficitaria. A muchas personas, sobre todo después de una labor fatigante, les ocurre que no saben lo que iban a efectuar : va de una habitación a otra con el determinado propósito de sacar un objeto de una gaveta, llega a abrir la gaveta o se queda delante del mueble, o simplemente transpone la puerta, y ya no recuerda qué cosa buscaba, adónde iba. Lo efectivo es que hechos de esta clase tanto pueden ser debidos a un móvil subconsciente como a una falla de vigor de la tendencia determinante del fin o a ambas cosas. Por otra parte, el hallazgo del sentido profundo en la primera eventualidad, a su vez, puede ser ora un acierto psicológico—una interpretación justa—ora una explicación **ad hoc**—un engaño hermenéutico—, tanto más fácil de producirse cuanto más dominado está el intérprete por ideas sobrevaloradas. Así se explica que al mismo acto fallido le encuentre génesis erótica un fanático de FREUD, sentimiento de inferioridad un secuaz de ADLER, simbolismo de la mentalidad arcaica colectiva un discípulo de JUNG. Sólo una investigación psicológica imparcial, penetrante y crítica, es capaz de acierto—o de reconocimiento de arcanidad incomprensible, pues todavía estamos muy lejos de poseer medios infalibles para reconocer la psicodinámica profunda de la mayor parte de los actos humanos.

2° La **adquisición de resortes de eficacia duradera** gracias al ejercicio de la voluntad misma se manifiesta en dos formas principales : como repercusión de los motivos una vez aparentemente eficaces y como actitud volitiva. La primera es en cierto modo pasiva, un acto repercute sobre los venideros afines; la segunda es activa, suscitadora de nuevos actos a los que impone su sello. La repercusión de los motivos aparentemente eficaces consiste en que una decisión tomada en vista de un incentivo que por sí solo habría sido

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

impotente, por el hecho de haberse cumplido una vez en la ejecución, al presentarse nuevamente en ausencia de los incentivos cuya constelación (no repetida) fué lo verdaderamente eficaz la primera vez, es suficiente para promover el acto. En la terminología de STERN este proceso consiste en la transformación de un "fenomotivo" en "genomotivo". Así en un niño que por capricho una vez se niega a comer determinado guiso que en anteriores ocasiones ha gustado, diciendo—y creyendo—que el potaje sabe mal, el fenomotivo es el mal sabor y el genomotivo actual el afán de imponerse; si más tarde, cuando ya ha cesado la fase de obstinación, se le presenta el mismo guiso, es posible que el niño sienta repugnancia y no lo coma: el que fué fenomotivo accidental se ha convertido en genomotivo **per se.** Algo semejante ocurre en el recuerdo volitivo: el evocar una decisión en un caso análogo puede favorecer la reproducción del acto.

La actitud volitiva de eficacia duradera depende del ejercicio de la voluntad que plasma disposiciones adquiridas. A una voluntad tenaz orientada por fines precisos le es asequible una realización práctica ilimitada, mayormente si el sujeto es apto para conocer y aprovechar las fuerzas utilizables del conjunto de su vida anímica y los límites efectivos de su poder personal. Esto no significa, empero, que la fuerza de voluntad se adquiere por el ejercicio, de manera análoga al perfeccionamiento de la habilidad en los movimientos corporales. LINDWORSKY—que niega la existencia de la fuerza de voluntad en el sentido psicológico—ha demostrado que el incremento de la voluntad no depende de la mera repetición de actos deliberados sino del enriquecimiento o agudización de los motivos: la "fuerza de la voluntad" reside en los valores; el valor mueve la voluntad. Si la disciplina es puramente formal poco o nada consigue. Lo que hace fecundo el ejercicio del querer logrado es que, en primer lugar, se conoce mejor los valores experimentándolos personalmente, reconquistando los bienes correspondientes y, en segundo lugar, que forma nuevos valores de motivación actual. Otro tanto se puede decir del aparato psicofisiológico del esfuerzo o tensión de la voluntad expresada en la inervación periférica, que, pese a ACH, en sí no tiene nada de dinamogénico para la decisión: es útil para facilitar actos ulteriores siempre que el sujeto le atribuya un valor especial. El deporte, por ejemplo, no es un antídoto de la indecisión sino en la medida que el sujeto que lo practica cree en la eficacia de su ejercitación sobre la voluntad o en la medida de su incorporación efectiva dentro de un sistema de valores educativos, en un ideal

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

—siempre, naturalmente, que la valoración del sujeto sea receptiva para el complejo de valores de tal sistema. Todo esto presupone desarrollo de la capacidad de aprehensión de los valores objetivos, aptitud y enriquecimiento del pensar y un ascenso gradual y trabado en el curso de la educación, de los bienes vitales más comunes a los espirituales más altos, los religiosos, que dan sentido y jerarquía a todos los demás. Por eso, como observa LINDWORSKY y como lo demuestra la historia, con los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola se transforman los hombres en pocos días y su voluntad realiza prodigios.

3° Al considerar la fenomenología del acto voluntario nos hemos ocupado de su forma primaria y cabal. En realidad, las manifestaciones del querer tienen otras formas por **efecto de la repetición.** Estas formas secundarias son tres, según la antigua nomenclatura de ACH : a) "querer abreviado", en que alguno de los aspectos (motivación, deliberación etc.) es rudimentario; b) "querer débil", en el cual la intervención del yo tiene poca actividad, no requiere vencer resistencias de importancia, aunque hay verdadera decisión; c) "querer ejercitado", que se caracteriza por una atenuación progresiva del carácter de acto voluntario, hasta convertirse en meramente automático. El último no es mas que el **hábito psicológico** o sea una disposición adquirida y durable para reproducir los mismos actos con creciente facilidad y perfección. La facilidad no presupone forzosamente numerosas repeticiones para constituirse y la perfección entraña de ordinario el ejercicio de la voluntad, no siendo en ningún caso efecto de la mera repetición. Cuando el hábito ha perdido el carácter de querer ejercitado es simple automatismo, despertado ordinariamente por una autorización o consentimiento de la voluntad. Sin embargo, esto no quiere decir que se trate de un automatismo fisiológico o reflejo condicionado—ni en el caso de los hábitos motores. Siempre es una acción personal con sentido y estructura psicológicos. El siguiente acto de automatismo fallido lo demuestra mejor que una larga argumentación. Estoy en mi casa de campo recién construída, sin instalación eléctrica; penetro en el baño, cuya puerta se abre girando hacia la derecha, está a obscuras; irreflexivamente, con la mano izquierda busco la llave de la luz (que no hay), de la misma manera que lo hago en el baño de mi casa de la ciudad, donde la puerta se abre hacia la izquierda y yo estoy acostumbrado a encender la luz, de noche, con la mano derecha (conservando o abandonando el tirador de la cerradura con la izquierda). Lo que me ha pasado por distracción es que he realizado

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un acto automático, que no corresponde a una repetición sino en cuanto al esquema dinámico general, pues el aparato muscular usado es distinto, opuesto, con simetría conforme la imagen del espejo.

4° El dinamismo de la voluntad, según hemos visto, se apoya tanto en lo instintivo cuanto en lo racional, en los móviles y en los motivos. La **influencia de la pasión** sobre la actividad volitiva corresponde a una forma del juego de las tendencias instintivas. Mas obre con o contra el fin voluntario, siempre está penetrada de consecuencia en cierto modo racional—esa es una de las notas que diferencian la pasión del mero impulso animal. Opuesta a la voluntad, se destaca como una potencia anubladora del juicio que fuerza a la acción persiguiendo propósitos a los que se subordina o resiste el yo; incorporada al querer, exalta y sistematiza todas las fuerzas y facultades útiles a su logro en una unidad cuyo centro es el núcleo dinámico de la personalidad misma. Según esto, la pasión no siempre entraña derrota de la voluntad ni querer contrario al querer normal: es un querer o un realizar lo que no se quiso o no se debe sólo cuando el fin de la pasión queda meramente dentro de lo arbitrario, subjetivo e impugnable; por el contrario, es voluntad, y eminente, cuando, dentro de una constelación de fines legítimos, la pasión persigue valores objetivos, ideas superiores, aunque el logro comporte también satisfacciones de escala subjetiva (esto diferencia el eudemonismo del puro egoísmo). El primer caso—el yo sojuzgado por la pasión— suscita en la práctica problemas que no pueden resolverse desde el punto de vista psicológico sino con un conocimiento cabal tanto de la situación crítica cuanto de las condiciones de la formación de la personalidad, señaladamente su modo de inserción en el **ordo amoris** objetivo. En la génesis de la pasión inferior obra, con la predisposición hereditaria, la disposición adquirida en forma de lagunas valorativas y otras deformaciones espirituales producidas por el egocentrismo timético. Las lagunas valorativas corresponden a condiciones estables de la personalidad que implican déficit en la percepción de los valores superiores, sobre todo morales y religiosos, a menudo con incapacidad de compensación. La fuerte o deficiente repercusión actual del temor de la censura ajena y del castigo dificulta o facilita, respectivamente, la comisión de actos en que la pasión vence a la voluntad. Por tanto, para que falle la voluntad no basta la ceguera valorativa, que deja sin contenido la motivación del deber; se requiere además que el incentivo del momento no encuentre una tendencia opuesta, ligada a la representación de las consecuencias desfavorables. El individuo en este caso no se abstiene

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de los actos viles a causa de su vileza sino por temor del castigo, pues, como observa ARISTOTELES, "en general, parece que la pasión se doblegue a la fuerza pero no al razonamiento". Aquí se evidencia cómo las condiciones de la vida social pueden preparar la conducta individual : una colectividad dominada por el humanitarismo miope y tolerante para los que proceden mal favorece el desenfreno de los daltónicos de espíritu y de los débiles de voluntad. En efecto, es bien conocido el hecho que aumenta la frecuencia del delito en los países donde se atenúan las penas. Se justifica psicológicamente la intimidación por el castigo y no el **tout comprendre c'est tout pardonner.** Entre las otras condiciones del egocentrismo timético favorables a la conducta pasional debemos señalar el resentimiento y la desorientación valorativa por la pérdida de la fe, cuya génesis y cuyos efectos hemos tratado de precisar en otro lugar. *

5° En la dinámica de la voluntad opera también otra suerte de influencia, a menudo más restrictiva que excitante : **la sugestión.** La influencia de la pasión sobre las decisiones y ejecuciones corresponde en parte a la esfera de la sugestión: se trata entonces de una motivación autosugestiva. Aquí consideramos sólo la heterosugestión. Según lo ha demostrado el riguroso análisis fenomenológico de STRAUS, ésta se basa en la formación, fugaz o duradera, de la experiencia del "nosotros" : el sujeto que recibe la sugestión y el que la imparte forman una unidad en la experiencia vivida del primero, en cuya estructura él se halla colocado implícita o explícitamente en el polo inferior, en el del ser dependiente, conducido. "En la experiencia del nosotros—dice STRAUS—la persona extraña es afirmada, su mundo se hace nuestro. En la aceptación sugestiva de un contenido determinado, en la coejecución de un juicio, de una valoración, nos apropiamos paso a paso los contenidos, según cuya potencia ya se habían hecho nuestros gracias a la formación del nosotros. Se acepta principalmente los contenidos que, de acuerdo con la averiguación de lo transmitido, con el estilo y la comprensión de los aspectos presentados, son reconocidos como partes esenciales de ese ambiente ajeno, que también es propio nuestro". En lugar del acto voluntario que surge del centro de la propia persona, con la suscepción sugestiva se mediatiza la actividad personal de acuerdo con el contenido de la manifestación ajena. Sin que medie el deliberar ni el elegir, a la suscepción sigue una conducta impuesta (aunque casi siempre con apariencia de espontánea), menos flexible y

* Loc. cit.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

plástica que la nacida de propia iniciativa. Esto entraña el peligro de autoengaño relativo a la motivación de lo recibido en sí mismo e incluso la posibilidad de coexistencia o sucesión de actos incongruentes y hasta inconciliables, con apariencia de libre determinación. Con la suscepción se impone al yo la apariencia de una motivación real, con fundamento legítimo, pues se capta el contenido de la expresión ajena bajo la especie de su significación objetiva. Esto requiere una aclaración: el fenómeno sugestivo apareja la necesidad o la actualidad de un mediador cuya persona toda se halla implicada en la experiencia del sujeto pasivo; la materia de la sugestión concreta es una parte de esa totalidad personal a la cual se entrega el sujeto como si efectivamente la suscepción se refiriese a un motivo insertado en el orden de la necesidad real o de la consecuencia objetivo-espiritual. La condición genética de esta entrega de persona a persona está constituída por la disposición primaria del ser a captar en la expresión ajena un mundo indiviso : existe ya en la percepción, constituyendo su aspecto pático. A esto se agrega una ingenua buena fe—que inhibe la crítica—, persistencia de la actitud natural inherente al comercio entre los hombres. Por eso el contenido de la incitación ajena no es examinado de inmediato desde el punto de vista de su significación objetiva, sino aprehendido como manifestación expresiva, como comunicación inmediatamente vivida. El criterio conforme los hechos reales, el juicio objetivo, el aislamiento de la persona que expresa y la consistencia abstracta de lo expresado por ella sólo gradualmente se diferencian y acaso nunca del todo. En este sentido, "la sugestión se da como un aspecto universal de toda relación interhumana. La relación unitaria subsistente entre quien se exterioriza y la particular exteriorización tiene el efecto de que quien habla en lo que comunica, se comunica" (STRAUS). Lo que expresa o hace el prójimo tiene poder dinamogénico imponderable en nuestra vida mental, tanto mayor cuanto más transitivamente nos hallamos sumergidos en esa simbiosis social que podría llamarse psicoesfera, a semejanza de la bioesfera; esto es, mientras menos nos apercibimos de la influencia de los demás mayor es su ascendiente. Pero, para bien comprender el juego de las inducciones humanas, no debe olvidarse que las palabras, los ademanes y las acciones son más y son menos que lo que quiere y cree expresar el sujeto activo, y son en alguna forma distintas de lo que capta en ellas el espectador o coactor; pues en el primero se exteriorizan en parte aspectos de su ser que él ignora y en la aprehensión del segundo intervienen constelaciones subjetivas, proyecciones objetivantes. Es e-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vidente, a pesar de esto, que no toda sugestión implica engaño y que no todo lo que se comunica es capaz de engendrar sugestión. Sólo puede llegar a la suscepción sugestiva lo que es susceptible de incorporarse en el orden de lo posible. Naturalmente, esto varía hasta cierto punto con la mentalidad y cultura de las personas. Además, en igualdad de condiciones personales, varía con la clase y el grado de la unión interindividual, así como con la medida de la importancia y la autenticidad (real o aparente) de lo expresado en su doble aspecto subjetivo: de quien da y de quien recibe, además de la estructura objetiva—con validez universal del contenido expresado. En términos generales, más posibilidad de efecto sugestivo tiene la valoración política o artística que la moral y ésta más que la lógica; asimismo, lo propio de los hechos concretos se presta más a la sugestión que la esfera de lo abstracto; lo afectivo más que lo intelectual etc. Por otra parte, la sugestión entra en conflicto con los motivos y con los móviles, pues no siempre la determinación sugerida descarta del campo de la conciencia las razones opuestas y las tendencias antagónicas. Esto varía, por último, con el grado de sugestibilidad de cada individuo. La función normal—en el sentido teleológico—de la sugestibilidad sería ejercitar y enriquecer la vida anímica del sujeto con incentivos y formas de acción colectiva fácilmente asimilables mientras desarrolla la personalidad; fomentar y diferenciar la capacidad reproductiva durante la época de la existencia forzosamente dependiente, hasta que medra el espíritu autónomo, reflexivo y responsable, capaz de regirse por principios, de comprender y valerse por sí en el comercio con el mundo.

4. Quienes no aceptamos que la psicología pueda ser considerada con rigor dentro de las ciencias naturales * consideramos legítimo esclarecer sus problemas no sólo desde el punto de vista biológico sino también desde el filosófico. Con este criterio abordamos el problema de la libertad, que sólo con artificio y violencia se puede separar del ejercicio de la voluntad. Mejor dicho : no considerarlo al estudiar la realidad viva del querer es mutilar el conjunto de sus manifestaciones, es privarla de algo esencial. Esto no quiere decir que todo acto voluntario sea libre ni que la voluntad misma sea la manifestación inmediata de la libertad. Por el contrario, la decisión que sigue al elegir entre dos o más motivos es causal si no interviene la idea de infinito, el pensamiento de la legalidad moral. Y este

* **Vide** "La nouvelle psychologie spirituelle", **Scientia**, 1933, t. 54, N° 260.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pensamiento lo incorpora como deber, no la voluntad abstracta ni el querer actual, sino el yo que se determina. De otro modo sería absurdo hacer responsable de sus actos al sujeto como persona.

La actividad psíquica del hombre apareja la **CONCIENCIA MORAL,** un "órgano nomológico" (PFAENDER) que permite al yo inteligir las incitaciones de la ley moral, **ditamen rationis.** No se trata de una regulación extrínseca, sino de una indicación del dinamismo interior del espíritu, a la vez inmanente y normativa. Gracias a ella reconocemos en cada situación, con sus precisas circunstancias, lo que debemos hacer o evitar; no sin trabajo en ocasiones, ya que la relación entre el problema de la acción y la voz de la conciencia requiere la aptitud y el esfuerzo del pensamiento. Por eso mismo, sobre todo en situaciones complicadas, los dictados de la conciencia moral no son rectamente interpretados : no se trata entonces de falla o relativismo de la función del órgano nomológico, sino de mal servicio de la inteligencia o de otro aspecto de la actividad mental.

Lo que NACHMANSOHN llama formas de la conciencia moral no son en realidad sino manifestaciones de la misma adhesión íntima al orden moral: la buena conciencia—tranquila, liberada o pura, según los casos—; la mala conciencia o sea el sentimiento de culpa, los remordimientos; la conciencia previsora, que pone sobre aviso; la dubitativa y, por último, el arrepentimiento. Se trata aquí de manifestaciones de la vida anímica concreta, no de diferentes esencias. De igual modo, son características de la variedad psicológica de las manifestaciones de la conciencia moral, susceptibles de gradación : la pureza, la impetuosidad, la vigilancia, la fuerza y la eficacia.

La conciencia moral entraña una disposición innata que, ciertamente, requiere el concurso de las influencias exteriores, como la educación, la opinión pública etc. para desarrollarse y diferenciarse. Lo que es inaceptable—y que NACHMANSOHN confuta acertadamente—es identificar la influencia ajena con la virtualidad esencial. Aquí, como en los otros dominios de la actividad psíquica, la experiencia contingente o impuesta favorece la toma de la conciencia y el fomento de la aptitud, cuyo contenido—en este caso la ley moral —acaba por trascender los hechos que condicionan la emergencia y el robustecimiento del órgano de captación y realización. Para convencerse de la autonomía del sentido moral basta ocurrir al testimonio de los niños. Antes de que el espíritu objetivo cobre en el alma el imperio que le corresponde, el individuo es capaz de distinguir, a veces muy claramente, lo que sólo es prohibido por los mayores de lo que es malo. Por otra parte, en los enfermos de la mente con per-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

turbaciones que comprometen seriamente el aparato de inserción en la realidad y en el mundo espiritual es posible suscitar una conducta de abstención voluntaria. Así como el castigo intimida y contiene al apasionado, el tratamiento de los sujetos con psicosis apelando a su capacidad de dominio de sí mismos tiene por efecto que modifiquen su conducta. Antes de que la psicoterapia por el trabajo se hubiese incorporado en la práctica psiquiátrica los enfermos consideraban que todo les era permitido y, siendo "irresponsables", se permitían toda suerte de desmanes. SIMON ha probado cómo a los más recalcitrantes los disciplina en ocasiones un tratamiento sagaz y, en caso extremo, incluso una represión enérgica (p. e., una inyección de apomorfina). Además, como es sabido, este psiquiatra ha puesto de manifiesto que tales pacientes benefician inmensamente de un trato que fomente el ejercicio de la voluntad en el trabajo, unido al manejo de la persona enferma como ente moral. En el hospital de Gütersloh hemos tenido oportunidad de admirar la labor de SIMON, verificando el trabajo eficaz de hombres y mujeres con psicosis agudas o crónicas; la libertad en el trabajo (con instrumentos cortantes) de aquellos que antes fueron estrechamente vigilados por su extrema peligrosidad; el funcionamiento de pabellones habitados exclusivamente por alienados que se gobiernan por sí solos etc. "Ya no buscamos principalmente lo enfermo, lo que falta, aquello de que ya no dispone—escribe SIMON refiriéndose a los alienados—sino lo que se conserva del hombre normal, sus energías y aptitudes sanas todavía, intentando establecer una nueva harmonía entre este resto y los requerimientos de la existencia; volvemos a asignarle **deberes,** ciertamente no deberes construídos arbitrariamente por nosotros, sino los que por modo inmediato derivan de los derechos y aspiraciones que tenga el enfermo para con la vida... La esencia del cambio consiste en que rechazamos radicalmente en su generalidad la tesis de que los locos no son responsables de sus actos; y la rechazamos en interés de los enfermos mismos".

Volvamos al **PROBLEMA DE LA LIBERTAD.** No vamos a tratar sólo de la conciencia de actuar libremente, que incluso puede ser engañosa, como lo demuestran las experiencias acerca de los efectos post-hipnóticos de la sugestión. Estos hechos han servido de argumento para negar la libertad. Lejos de nosotros la superstición pseudo-científica de que la existencia humana tiene los límites que le impone el concepto de causalidad de las ciencias positivas, aceptamos que éstas son producto de la acción humana, la cual, guiada por la razón, las desborda en todo sentido. Con este criterio, y deseosos de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

compensar el efecto de los mitos positivistas, todavía populares en el planteamiento del problema, nos proponemos exponer en síntesis uno de los modos más certeros como se encara la libertad en la filosofía actual : las ideas de JASPERS. Así verificaremos por el camino de la reflexión filosófica lo mismo que hoy llegan a aceptar los propios psicólogos de laboratorio y que ACH puntualiza en estos términos : "Esta conciencia de libertad—escribe—no es sólo una apariencia, un error un «como », sino una realidad anímica de la más alta potencia... Y de la realidad de la libertad resulta la realidad de la responsabilidad, y con ella la ley moral general : «actúa siempre conforme tu responsabilidad»".

A tres se pueden reducir las concepciones clásicas de la libertad : 1º como carencia de causa, **liberum arbitrium,** indiferencia en que de dos posibilidades igualmente fuertes una es vigorizada por la elección. El asno de Buridan en medio de dos haces de heno, iguales y a la misma distancia, muere por carecer de voluntad libre. Argumento puro, que no prueba sino la posibilidad de decisión por casualidad o capricho. 2º Libertad en el sentido de manifestación del propio ser siempre que no ocurran perturbaciones de fuera. En este sentido trivial la voluntad es libre de la misma manera que el árbol crece libremente. Todo, así, es libre y dependiente. No se niega que la libertad de acción y la de elección son realidades psicológicas limitadas, la primera en la misma medida del poder de voluntad de cada persona y la segunda por el temor ante poderes amenazadores, por premios a determinadas acciones, cansancio y alteraciones del ánimo, la brevedad del tiempo etc.—y fomentada por la meditación y el acicate de todos los motivos posibles. En esta concepción, como en la primera, no se trata de una respuesta a la cuestión de la libertad del querer, pues no interviene la consideración del "yo mismo lo quiero". En la elección y en la ejecución "ya" deben haber "ahí" motivos y móviles entre los cuales se elige: todo, o es de antemano objetivado (reducido a la categoría de cosa), de modo que resulta la tautología "yo quiero lo que yo quiero", o queda en suspenso en forma de alternativas, lo que equivale a la negación de la libertad por no ser objetiva (como si la libertad pudiese existir como cosa). 3º Una tercera concepción, también empírica, se formula respecto de la relación de poderes entre los hombres en sociedad y en el Estado. Se distingue estas libertades : personal, civil y política, que sociológicamente son situaciones y para el individuo oportunidades. Estas libertades sociológicas, como las psicológicas antes consideradas, no entrañan la libertad misma, aunque no son indiferentes a ella. Tales libertades objetivas se colman de contenido con la libertad original; se convierten en ilusión si no logran semejante contenido. Esto se muestra en la ambigüedad de la palabra libertad. No es libertad la obstinación, la preocupación por la seguridad personal, la conciencia de los propios recursos, el orgullo del vacío autoexistir. La independencia existencial no puede consistir en una firme permanencia : no busca la seguridad por el cálculo sino, precisamente, el no ser dominado por la ficción de seguridad. "La verdadera independencia ve su ser en la polaridad: la vida es substancia común de la especie en el decurso del mundo y en la ley—y el saber personal

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de la existencia como un particular; el estar protegido en una totalidad—y el precipitarse a los límites; el ser rotundo en sí—y el ser en el tiempo; el contemplar un mundo dado en su orden y jerarquía—y el aventurarse en un existir cuestionable".

Si se niega la libertad en el querer, algo se refuta en una objetivación que no es aquello que en la autocertidumbre de la libertad constituye su esencia. Se dice que la libertad no es posible porque todo lo que acontece es originado causalmente, sin escapatoria; en la lucha de motivos triunfa el más fuerte etc. Esto implica identificar elección con determinismo. Contra el acto libre de la voluntad se invoca el resultado de las estadísticas de moralidad, no advirtiendo que la estadística no aprehende el caso particular ni como libre ni como necesario. Con tales argumentos no se puede decidir el ser de la libertad, y en ese terreno perdurará la lucha entre determinismo e indeterminismo, pues pierden de vista la verdadera libertad. El ser objetivo no es todo el ser, y la libertad que no corresponde a lo objetivado no se puede ni demostrar ni refutar. Así piensa KANT que la libertad es inconceptible. Tranquilizadora ilusión para los débiles es que todo sea causal: economiza responsabilidad, culpa y remordimientos. El consuelo de los deterministas es sospechoso, como la indignación de los indeterministas que creen amenazada la moral: los primeros adormecen su verdadera libertad de trascendencia, los últimos confunden la responsabilidad con la creencia en una autoridad. En todo caso, indeterminismo y determinismo conducen a un plano falso: hacen dependiente el origen existencial. Uno hace la libertad falsamente objetiva y con eso, precisamente, la elimina, a pesar de considerarla operante: una defensa de libertades que propiamente no son libertad, al triunfar, se convierte en negación implícita de la libertad. El otro la niega, pero no la alcanza, la confunde con un fantasma objetivo. Ambos están en el error de creer que el ser mismo es cosa. "La libertad o no es nada o es ya al preguntar por ella. Si ella, empero, pregunta como original voluntad de ser libre, anticipa este ser libre en el hecho de interrogar. No se puede demostrar primero y entonces también querer, sino la libertad se quiere porque en ella ya es presente un sentido de su posibilidad".

"En el saber no soy todavía libre, pero no hay libertad sin saber... Sin contenido el albedrío no es todavía libertad; pero el contenido sin albedrío no es libertad". Si me decido según una ley que reconozco como obligatoria soy libre mientras yo me someto a ella, presente en mí mismo, aunque podía no someterme. Experimento la norma porque, idéntica conmigo mismo, vale como evidente. Lo decisivo es que **yo** soy quien opto por seguir la ley, yo elijo. Esta elección implica no sólo que actúo en el mundo sino que como agente creo la continuidad histórica de mi propio ser. La libertad formal es saber y albedrío; la trascendental es certidumbre de sí mismo en la obediencia a una ley evidente; la libertad como idea es la vida en un todo; la libertad existencial es certidumbre de sí mismo en la decisión generadora de historia. Esta última por su origen, se afirma contra la superficialidad de lo casual; por el deber se afirma contra el mero antojo del momento; por la lealtad y continuidad, contra el olvido y la desaparición. Toda suerte de libertad tiene sentido frente a una atadura—es la eterna harmonía de los polos—, atadura que como necesidad es una resistencia, es su ley o es su origen. La conciencia de libertad se despliega, pues en oposición a la necesidad o en unidad con ella. Libertad que ha triunfado de toda oposición es un trampantojo. La existencial se enfrenta a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dos necesidades, entre las cuales peligra : la legalidad natural, como irrefragable resistencia de lo real, y la legalidad del deber, como forma fija de la regla. Si en vez de moverse dentro de la proximidad más íntima de ambas, quiere substraerse a ellas, se pierde en fantasmagorías. La necesidad natural y el deber se dejan aprehender objetiva y legítimamente, mas no la necesidad existencial : de ahí el riesgo de la total inserción de la línea más alta de la decisión; de ahí la imposibilidad de poder llegar a decidir de fuera y por principios; pero de ahí también la profundidad y la firmeza de la lucidez de existencia original en esa ejecución, lo absoluto del ser auténtico y activo que alcanza la trascendencia.

Se acepte o no la filosofía de la existencia de JASPERS, su dirección muestra que—según las palabras de su condigno metafísico MAURICE BLONDEL—"tengamos o no clara conciencia de ello, pertenecemos a un mundo superior a los fenómenos sensibles y a la ciencia de los hechos".

5. Las anormalidades de la voluntad son incontables y en muchos casos difíciles de separar de desórdenes autóctonos de otras funciones de la mente, sobre todo de aquellas actividades de fondo, como son la conciencia, la inteligencia y la personalidad. Por eso aquí consideraremos principalmente las anormalidades del acto volitivo más susceptibles de ser aisladas, sin curarnos de una clasificación basada en distinciones sistemáticas. En los capítulos correspondientes a las otras funciones nos ocupamos de las manifestaciones anormales secundarias de la voluntad que no consideramos aquí y de la variedad de vigor o debilidad dependiente del carácter. Ahora comenzaremos por describir las perturbaciones que, **grosso modo,** pueden ser definidas como desviaciones por defecto, para terminar con las preponderantemente cualitativas, que suelen llamarse disbulias.

La **ABULIA** se caracteriza por la carencia de iniciativa y de poder de realización voluntaria. Pueden faltar las tendencias instintivas y todo incentivo, como también puede llegar el sujeto a la decisión sin capacidad para emprender la última etapa, la ejecución del acto. La abulia se manifiesta en forma de acontecimiento fugaz o de estado que se prolonga. Se presenta en el individuo normal como episodio en la condición de fatiga. Rara vez pura, suele mostrarse en la fase inicial de la depresión melancólica o psicógena, en la neurastenia y en estados de intoxicación crónica. Unida a síntomas diferentes ocurre en el período agudo de las psicosis, y, correlacionada con otras perturbaciones de la voluntad, el pensamiento y el sentimiento, en diversas etapas del proceso esquizofrénico. Aquí, en la esquizofrenia, la abulia suele tener este carácter : el sujeto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pierde la dirección de su querer, se esfuma la tendencia directriz y la meta prefijada.

THOMAS DE QUINCEY pinta la abulia en sus **Confessions of an English opium-eater**: "Rara vez pude contar conmigo para escribir una carta; lo más que hube de realizar fué una respuesta de pocas palabras a algunas de las que recibía; y esto a menudo sólo después de semanas y aun meses que la carta por contestar permanecía sobre mi escritorio. Sin la ayuda de M—, toda mi economía doméstica, como sucedió con la economía política (la obra que DE QUINCEY escribió sobre Ricardo, que no llegó a publicarse sólo por falta de dedicatoria, consecuencia de la misma abulia), hubiese caído en una confusión inextricable. Es esa una parte del caso de la que no hablaré más; la cual, sin embargo, todo masticador de opio hallará al fin que es la más opresiva y atormentadora; del sentimiento de incapacidad y de debilidad, de los embarazos anexos a la negligencia o postergación perpetua de los deberes de cada día, y de los remordimientos que a menudo exasperan las torturas del espíritu. El masticador de opio (DE QUINCEY) no pierde su sentido moral ni sus aspiraciones; tan vivamente como siempre anhela y desea ejecutar lo que cree posible y lo que siente que el deber le exige; pues su aprehensión intelectual supera infinitamente su poder no sólo de ejecutar sino también de intentar y querer".

6. Cuando el ejercicio de la voluntad se limita a las formas secundarias, o sea de querer abreviado, débil y ejercitado, con imposibilidad o gran dificultad para realizar actos primarios o cabales, entonces decimos que se trata de manifestaciones de **HIPOBULIA,** presentes en las condiciones anormales más variadas. Lo característico aquí es el predominio del automatismo sobre la libre determinación, de las necesidades y de las tendencias vitales en general sobre las aspiraciones y los incentivos ideales o simplemente de los esfuerzos de voluntad cabal. Ejemplo característico de acción marcadamente hipobúlica es el que nos ofrece el siguiente relato de uno de nuestros esquizofrénicos, curado :

"En cuanto a la realización de ciertos actos, deliberaba demasiado sin llegar a la ejecución, pues se presentaban ciertas cuestiones accesorias que obstaculizaban la concepción primera. Pero al principio (de la psicosis) me dominaban los actos que llamaré inconscientes : los ejecutaba sin analizar las consecuencias, como levantarme de mi cama durante las noches o ir al comedor a recoger los residuos de la comida".

En ciertas circunstancias la hipobulia se complica con un consentimiento más o menos voluntario del predominio del automatismo. Así, se observa en sujetos histéricos la producción intencional o semi-intencional, autosugestiva, de un estado crepuscular de la conciencia, de una crisis psico-motriz u otra reacción somática, gracias

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a una proclividad especial. KRETSCHMER llama a esto **acoplamiento hipobúlico.** Con su ejercicio, el histérico dispone de medios para desahogar sus tendencias. "En un estado hipobúlico de esta clase, el histérico puede ser presa de temblores, de vómitos, de cianosis, de palidez, todo con una facilidad y una rapidez que no concibe un hombre de empuje volitivo superior y especificado. Aparte de estos acoplamientos hipobúlicos—agrega KRETSCHMER en su terminología psicofisiológica—existen todavía otras vías de acceso a los mecanismos reflejos, cuyo conocimiento es indispensable al médico. Así, por caso, un acceso de espanto puede dejar durante un tiempo cierta propensión a los temblores de índole refleja. A favor de una tensión muscular difusa y voluntaria y de una acumulación afectiva intencional, un simulador astuto es capaz de alimentar este resto de reflejo y de reforzarlo al extremo de hacerlo automático después de unos días. Cuanto más se acentúa este automatismo y se sustrae a la conciencia la autocrítica de la propia participación activa en el proceso en cuestión, tanto más se exagera el modo histérico, se facilita la producción de disociaciones hipobúlicas secundarias etc. en lo que al comienzo fué mera reacción de espanto o simple simulación".

7. Otra anormalidad caracterizada por el triunfo de tendencias ajenas al yo libre son los **IMPULSOS IRRESISTIBLES.** Según que la acción carezca o no de sentido tenemos dos géneros : impulsos disparatados e impulsos sistemáticos. 1° Son **impulsos irrestibles disparatados** o **insensatos** aquellos a los cuales se entrega el sujeto de manera pasiva y ciega, como un autómata que, literalmente, no sabe lo que hace, ignora el fin objetivo. Estos impulsos se presentan, tanto en fases agudas de psicosis cuanto en neurosis, acompañados de perturbación de la conciencia, así como en la epilepsia. Sólo en la esquizofrenia suelen presentarse en plena lucidez. Se trata de tendencias violentas que entran en acción bruscamente, moviendo al sujeto de la misma suerte que las fuerzas elementales disponen de las cosas. A continuación reproducimos el relato que nos hizo, al sanar, un esquizofrénico acerca del impulso con que se inició su psicosis.

"Pero lo más extraño que me ha pasado a mí es lo que voy a contar ahora. Estaba una mañana durmiendo muy bien en mi cama, cuando me desperté por no sé qué ruido que oí, eran más o menos las 6. En lugar de hacer lo que ordinariamente hacía, tomar una ducha, vestirme, salí de mi habitación en pijama, pero con la velocidad de un rayo. Corriendo atravesé toda la casa y me salí

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de ella; una vez en la calle corrí, corrí con la misma velocidad de antes, sin darme cuenta de los obstáculos, sin reparar en nada; no sentía cansancio ni escuchaba a nadie. Así corrí muchas cuadras hasta que me alcanzaron unos amigos y me detuvieron. Recién allí fué donde sentí agotamiento, pero estaba como inconsciente sin darme perfecta cuenta de las cosas. Después que me aconteció todo lo que acabo de contar, mi familia decidió internarme aquí. Yo nunca llegaría a explicarme cómo procedí así esa mañana. Fué a un impulso que obedecí sin reparar ni medir las consecuencias que podía tener; no tuve un solo instante para pensar en lo que hacía. Sólo sé que corría, corría como un rayo, sin saber adónde me dirigía, por dónde andaba ni con qué fin lo hacía. Me porté como un verdadero autómata, como un inconsciente."

Entre los impulsos de esta clase y los motivados, la conducta de los esquizofrénicos muestra todas las transiciones, con la consiguiente participación de los desórdenes fundamentales propios de la psicosis. Así, uno de nuestros catatónicos nos refiere, en la convalecencia, que se metía al baño completamente vestido "para eliminar la impulsividad" que por momentos le dominaba. El mismo paciente explica sus episodios de bulimia revelando que entonces "el acto de comer con abundancia y rapidez significaba una manera de dar curso a ciertos estados de cólera, odio, rencor, cuando no de pena; significaba también la necesidad de eliminar la impotencia en que me hallaba para cumplir mi ideal" (que nunca se le presentó con claridad en qué consistía). En este caso los impulsos, objetivamente incomprensibles, se asemejan por su fenomenología a los que estudiamos a continuación, aunque no coinciden con ellos.

2º Los **impulsos irresistibles sistemáticos,** o **manías,** son también actos propiamente inmotivados, pero con móvil que puede presentarse a la conciencia, sea como mero impulso directo y avasallador hacia una acción precisa, específica, sea como deseo apremiante de desahogar un destemple interior y creciente en forma de una ejecución determinada. En el primer caso prepondera la intención objetiva, en el segundo el estado subjetivo. En ambos casos interviene la disposición de la personalidad, el desequilibrio de la actitud íntima. Además de las anormalidades sexuales que tienen este carácter y de las cuales nos hemos ocupado antes, * se destacan entre las de mayor momento las siguientes variedades : a) toxicomanía, b) cleptomanía, c) dromomanía, d) piromanía, e) impulso homicida. Indicaremos lo esencial de cada una, agregando algunas observaciones acerca de otros impulsos anormales.

* "Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, Nº 3.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a) En la **toxicomanía** la falla de la voluntad del sujeto pone de manifiesto su dependencia respecto de un agente (alcohol, morfina, cocaína, veronal, aspirina etc.), dependencia que se agrava a causa del penoso estado de carencia que engendra el hábito y la adaptación orgánica. manifiesto cuando no se renueva el consumo del tóxico. Así se forma un círculo vicioso que exacerba la avidez y a menudo la necesidad de aumentar las dosis para lograr efecto semejante, cuyo apremio, por regla, no se mitiga a pesar de la convicción del daño sufrido en forma de decadencia somática y moral. El toxicómano, vencido por el hedonismo, se entrega a la simple condición del momento; la meta perseguida es el fugaz estado afectivo vital con euforia, aturdimiento, excitación de la fantasía o del ánimo, apaciguamiento interior, embriaguez, alucinación o sueño. Las condiciones genéticas de la toxicomanía son múltiples, con frecuencia varias consteladas en el mismo sujeto : en primer lugar, inferioridad constitucional, somática y anímica, que predispone a la flaqueza del carácter, la inmadurez de la voluntad, la pasividad, la cobardía frente al dolor físico y las durezas de la vida etc. En segundo lugar, condiciones del ambiente que favorecen insatisfacciones instintivas, la superficialidad, la desorientación espiritual; seducciones, tentaciones, exposición profesional etc. Además, como entre las consecuencias del uso o abuso del tóxico está la mengua de la voluntad y del sentido de la realidad, la insuficiencia primaria—hereditaria y a menudo fomentada por la mala educación—lleva a apreciar un bien facticio cuyo disfrute rebaja la resistencia frente al hábito adquirido.

Merece indicación especial la **dipsomanía,** pues en su manifestación no interviene el hábito. Consiste en la propensión al abuso de bebidas alcohólicas por cortos períodos—algunos días—entre los cuales el sujeto puede vivir satisfactoriamente en abstinencia. El dipsómano se entrega al alcohol movido y forzado por un estado de ánimo muy penoso que cesa con la intoxicación alchólica, durante la cual su conciencia se anubla en grado que varía con las personas. El período mórbido termina bruscamente, a menudo después de un sueño prolongado, con subsecuente amnesia, de grado también variable. La recaída es fatal, a despecho de los propósitos del sujeto durante la etapa normal, que puede durar años.

b) La **cleptomanía** es la propensión a gozar con el acto de apoderarse de objetos ajenos, sin dar importancia principal al valor de los objetos mismos. Se trata de una reacción psíquica condicionada

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por la estructura de la personalidad misma y eventualmente por factores somáticos. Esto último ocurre en diversos casos de enfermedades con lesión cerebral. El factor somático interviene subsidiariamente bajo la forma de predisposición periódica debida al ciclo menstrual, como lo demuestra la gran frecuencia de la cleptomanía de la mujer en los días correspondientes. Por lo demás, este impulso es casi propio del sexo femenino, y las características de la personalidad del cleptómano puro (no sintomático de enfermedad cerebral o mental) es el natural pasivo, la sensibilidad más o menos afinada y la propensión al juego con el peligro. El acto mismo es la caída en una tentación en que se mezcla el placer del envilecimiento con apariencia engañosa de hazaña.

Ilustra la variedad condicionada por influencia somática el caso de una epiléptica de nuestra observación, hija de familia acaudalada, en la cual abundan las personalidades anormales. "A la aproximación de la regla—nos comunica la madre—su carácter adquiere marcada acritud, tendencia a la tristeza, al pleito, a la desesperación. Muchas veces tiene impulsos sexuales que se manifiestan sin distinción ni de sexos ni de clase social. Entonces, apasionada e insensatamente sustrae, de quien sean, las cosas, las esconde o las arroja en paquetes, como ocurrió últimamente con dos anillos. Tendencia a ver enemigos en nosotros, cuando tratamos de evitar estos actos inconvenientes..."

El tipo de la cleptomanía genuina se realiza en el caso observado por GABRIEL y KRATZMANN, que reproducimos: "B. F., mujer, soltera, de 18 años, estudiante judía de familia adinerada, pícnica. De inteligencia mediana, sin interés por nada. Hermano sumiso para el trabajo, mentiroso, tipo acentuado de negación. B. F. es muy sociable, goza con las conversaciones superficiales, especialmente cuando tienen un tono erótico marcado. Desprovista de espíritu de compañerismo. Desde los 14 años está en estrechas relaciones con el otro sexo, coquetea mucho. Más o menos desde los 15 bebe y fuma mucho, pero sólo en compañía. Es vanidosa, se acicala mucho, ociosa, gusta de hacerse interesante. De pequeña mostró propensión a la mentira fantástica y al engaño. Así, p. e., durante semanas llevó flores a su preceptora de la escuela pública para conseguir su amistad. Después se puso en claro que todas esas flores las había pedido a nombre y a cuenta de la preceptora. Sus vecinas en la escuela a menudo perdían algo que "por casualidad" B. F. encontraba y devolvía. Esto último sucedía sólo cuando ella no podía hacer otra cosa. Si no se daban cuenta de sus sustracciones, ella cargaba con el despojo. Gradualmente aumentaron los hurtos, tanto en frecuencia cuanto en valor de los objetos. Pronto su propensión fué conocida en el círculo de sus amistades, y cuando a uno se le había perdido algo, ocurría directamente a ella para reclamarlo. Con frecuencia lo devolvía diciendo que lo había encontrado "por casualidad" y sin dar más razones. Así, p. e., a los 16 años fué de visita a casa de una amiga donde la profesora había olvidado un anillo. Lo vió B. F. y se apoderó de él, ocultándolo sin que la observasen. Apenas se advirtió la desaparición del anillo (al día siguiente) fué la amiga a casa de B. F. y con gran sorpresa ésta lo halló en su bolsa

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de mano y lo devolvió sin embarazo, admirándose de cómo pudo llegar la joya a su bolsa. En otra ocasión, hallándose en el campo de tennis, vió una bicicleta y en ella se fué a su casa. Ahí la colocó, como si fuese propia. Al ser buscada y hallada, aparentó no poder explicarse cómo podía haber llegado la bicicleta a ese lugar. B. F. sufre con frecuencia de alteraciones del estado de ánimo, durante las cuales se aleja de sus amigas y está manifiestamente irritable. Encuentra intolerablemente aburrida su manera de vivir. Entonces aprovecha todas las ocasiones para robar."

c) La **dromomanía,** poriomanía, automatismo ambulatorio o fugas, es la tendencia a caminar, a cambiar de lugar, a alejarse, con lo cual se logra apaciguar un desequilibrio anímico endógeno a la vez que condicionado por la situación personal, en proporción que varía de un caso a otro, lo mismo que su calidad de hecho periódico o circunstancial. Como los otros impulsos anormales, la dromomanía puede ser sintomática (sobre todo en la epilepsia, la histeria, la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia) o genuina, que en muchos casos implica carácter histérico—sobre todo los casos más acentuados y complicados de otras propensiones mórbidas. En ambas formas suele acompañarse de estado crepuscular, lo que constituye la regla en la epiléptica y en la histérica. La condición antecedente al acto de automatismo ambulatorio es una marcada intranquilidad interior, con irritabilidad y vulnerabilidad frente a las condiciones exteriores, que aumenta hasta hacerse intolerable. Este estado sólo encuentra alivio con el cambio de lugar, con la fuga. Mientras vaga el poriómano se libra de la presión gravosa, de la tensión interior, sin que le importe mayormente los lugares que atraviesa. La dromomanía puede constituir una reacción aguda frente a una situación límite; en este caso las condiciones externas actuales juegan un papel considerable, aunque nunca exclusivo. A continuación resumimos un caso de GABRIEL y KRATZMANN correspondiente a una poriómana, a la vez que dipsómana y mesalina, y después reproducimos la historia de una fuga histérica típica, observación de McDOUGALL, llevada a cabo durante la Guerra Europea—en la que se produjeron muchos casos semejantes.

W. M., mujer de 34 años, asténica, con dos tíos paternos alcohólicos y una tía materna histérica. Poco después de la pubertad sufre una encefalitis y cuatro años más tarde comienza a beber, a raíz de un fuerte desengaño (descubre que su novio, con quien acabará por casarse, es un estafador); a los excesos alcohólicos se unen los sexuales con varios hombres. Después sobrevienen las crisis de dipsomanía y al fin se presenta la poriomanía. A veces una y otra van unidas, a veces la poriomanía ocurre en plena abstinencia. El esposo es

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

un hombre brutal que la desespera. Se queja de una inquietud interior, que precede a sus fugas. En los últimos años siente la necesidad de comunicar a los demás su desazón, habiendo sido antes muy reservada. Desahogándose verbalmente se tranquiliza y cesa el afán de ambular. En cambio, toda limitación forzada refuerza su impulso anormal. En sus fugas sólo tiene un sentimiento: "¡Lejos, lejos!" No piensa adonde va; sólo se preocupa de no ver a nadie con quien deba hablar, sobre todo no quiere encontrarse con ningún conocido. Si ocasionalmente toma un tranvía para alejarse le parece que éste marcha muy lentamente. En una oportunidad, movida por la falta de dinero ocurre a solicitarlo prestado a una conocida; sin lograrlo, se encuentra casualmente con su hermano, que le da una moneda a fin de que coma algo. Esto ocurre a las 2 de la tarde. No recuerda lo que ha hecho desde esa hora hasta las 11 de la noche. Horas después, en la madrugada, es examinada por el médico del asilo para bebedores, que ella frecuenta, quien verifica, incluso por el análisis químico de la sangre, que W. M. no ha bebido. Momentos antes de este acceso de dromomanía se presentó el período menstrual y, en la fase que recuerda de él, tuvo excitación sexual.—

"Un sargento de raza negra, largo tiempo en servicio, es comisionado para llevar un despacho de un lugar a otro del frente de guerra, montado en una motocicleta. Súbitamente se encuentra, algunas horas después de su partida, conduciendo la motocicleta a través de las calles de un puerto de mar, ciudad ubicada a algunos cientos de millas del frente de guerra. Se sintió profundamente desconcertado y, con el fin de evitar la sospecha de deserción, se entrega a la policía militar. Permaneció incapaz de dar ninguna información acerca de su largo viaje a partir de un punto próximo al de salida. Después de pasar por varios hospitales llegó a mi cuidado. No tenía más síntoma que la amnesia relativa al consabido lapso de pocas horas y cierta depresión y falta de confianza en sí, como resultado natural de las circunstancias en un hombre de sus buenos antecedentes y de posición responsable. Habiendo fallado la investigación en estado de vigilia, para vencer la amnesia, ensayé el hipnotismo y la amnesia cedió de golpe; la barrera de disociación fué dominada, y el paciente hasta en vigilia pudo recordar y describir todo el incidente: cómo explosionó una granada cerca de él, arrojándole a tierra; cómo montó de nuevo en la motocicleta y huyó hacia el puerto; cómo halló el camino estudiando las indicaciones de los postes y pidiendo información etc. Resultó claro que, aunque sus acciones habían sido conscientes, inteligentes e intencionadas, su actividad consciente fué de una especie restringida; parece no haber pensado acerca de las consecuencias de su acción, sino haber sido guiado por el solo y potente impulso de temor, tomando la forma de un deseo de alejarse de la zona de peligro."

d) La **piromanía** o impulso violento de producir incendios, se presenta en personalidades de natural activo y agresivo—psicópatas impulsivos, hipertímicos y explosivos—, propensos a la aniquilación y toda suerte de desenfrenos. Con frecuencia entre los antecedentes de los pirómanos figuran homicidios, tentativas de homicidio, tentativas de suicidio, trato brutal a hombres y otros seres, poriomanía etc. MOENKEMOELLER ha verificado tal correlación en 74 de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los 240 casos estudiados por él. Este mismo investigador considera que el placer de contemplar el fuego no interviene sino excepcionalmente (en 13 de sus 240 casos). Además de la predisposición psicopática, intervienen como causas auxiliares de la piromanía, los golpes del destino, la nostalgia, los fracasos amorosos etc. La piromanía es afortunadamente muy rara, tanto la sintomática (epiléptica sobre todo) cuanto la genuina. Por lo demás, no es pirómano todo incendiario, enfermo de la mente o no. El pirómano experimenta una desazón interior creciente que sólo se descarga con la realización del impulso que lo lleva a prender fuego. El sentimiento de su desequilibrio anímico a veces se atenúa con la embriaguez alcohólica, que actuaría como agente de compensación; más comúnmente el alcohol sirve para relajar los frenos de la inhibición normal.

Como ejemplo típico de piromanía resumimos un caso de HANS SCHMIDT (que tomamos de la obra de GABRIEL y KRATZMANN) : Un joven de 23 años, inteligente, que durante 4 años tiene relaciones íntimas con una mujer, casada con otro hace 2 años. Se compromete con una joven, quien rompe el noviazgo por las maquinaciones de la querida. A causa de esto el sujeto cae en un estado de intensa excitación, que trata de calmar entregándose a una vida disoluta, con excesos alcohólicos y sexuales; intenta suicidarse. Al día siguiente de una crápula concurre, como suboficial de bomberos, a apagar un incendio producido en la aldea. Al medio día cohabita con la querida; en la noche, después de embriagarse nuevamente y de regreso a su casa, prende fuego al granero de su padre. 14 días más tarde, también borracho y después de estar con la querida, incendia el granero de su abuelo. Habiendo reparado que el impulso incendiario se presenta y es irresistible cuando se halla alcoholizado, se propone abstenerse de la bebida. A la muerte del padre reanuda las libaciones. Una tarde visita nuevamente a la querida y habla y habla sin cesar de la que fué su novia, inconsolable por la ruptura del compromiso matrimonial; de regreso a su hogar se embriaga e intenta incendiar la casa vecina a la suya, lo que no consigue, y se dirige al granero de su mejor amigo, reduciéndolo a cenizas. Según su propia declaración, la necesidad de producir incendios es en él avasalladora e incoercible.

e) El **impulso homicida** se diferencia de toda otra clase de tendencia homicida por no tener motivo alguno, ni real ni basado en una alucinación, un juicio anormal o cualquiera otra clase de operación psíquica mórbida. Sin embargo, hay casos en que el impulso homicida tiene la apariencia de una venganza, como simple máscara o racionalización, capaz de engañar al propio victimario. Sin constituir un verdadero motivo, suele intervenir en la actitud del homicida por impulso ciego cierto sentimiento de opresión o molestia frente a los demás, sufrido a veces como un peso intolerable.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los factores genéticos de este impulso—tan raro o más que la piromanía—son de igual naturaleza que los de ésta, aunque más acentuados : la misma violencia de carácter y hostilidad frente al mundo, la misma debilidad de freno en la conciencia moral, pero con la tendencia a la aniquilación más directa, al ser humano mismo. Si interviene la cobardía, que rara vez falta en algún grado, mayormente en sujetos de débil complexión física, entonces el medio usado para cumplir el impulso es indirecto. De ahí que los envenenadores por impulso irresistible pertenezcan en mayor proporción al sexo femenino que al masculino. El impulso homicida puede ir unido al placer sexual—no forzosamente sino como asociación de perversiones del instinto. Entonces el goce venéreo se manifiesta sobre todo en la lucha con la víctima.

El caso estudiado por STRANSKY, que resumimos en seguida, según los datos de GRABRIEL y KRATZMANN, es de los más típicos : S. G., hombre, de 34 años, asténico, de mediana inteligencia, impulsivo y de temple lábil, que ha tenido dos episodios de estado crepuscular, sin motivo reconocible secciona el cuello de su amigo P. mientras éste duerme. Ambos, el asesino y su víctima, pasan juntos la noche del hecho bebiendo en varias cantinas hasta las 2 de la mañana; pasean juntos conversando apaciblemente de cosas sin importancia, y al fin se detienen para echarse a dormir junto a una pared. Duerme el compañero y G. no puede conciliar el sueño. Súbitamente es "presa de una intranquilidad interior" y se apodera de él la idea de victimar al durmiente. Cuando se hubo convencido de que no se vería importunado, todavía piensa : "Pobre diablo, debo degollarte ahora". Aparte : "Ahora degüellas a P. y después te presentas a la policía". A estos pensamientos sigue de inmediato el hecho: introduce el cuchillo en el cuello del durmiente hiriendo la carótida. A las 3 y 30 de la madrugada, en seguida del hecho sangriento, G. se entrega a la gendarmería. Nada llama la atención en su persona, completamente tranquilo, asequible, afable y despejado. No demuestra el menor arrepentimiento. Le parecía "como si en realidad eso no hubiera sucedido". Contra el impulso homicida había luchado, inquieto e impotente, algunos minutos antes de cometer el delito. Fué como si se hubiese apoderado de él una fuerza supraterrena. No obró la menor animadversión contra P., ni pseudopercepciones ni ningún otro sentimiento o idea. En prisión, una vez puso sobre aviso a un compañero nocturno, pues volvió a experimentar en sí la misma tentación. En dos ocasiones más, siempre de noche, fué acometido de "un sentimiento de inquietud interior, como si debiese matar a un durmiente", en ausencia de toda alucinación. 2 años después del degüello de P., estando ya en libertad, se presenta a la policía de seguridad a causa de "experimetar una vez más angustia vaga y una gana imprecisa de tener que matar a alguien", hallándose bajo los efectos del alcohol. En este caso los únicos antecedentes patológicos, aparte de los indicados al principio son inhabituales descarríos, como expresión de fallas momentáneas del dominio de la razón sobre la vida instintiva facilitados por efecto del alcohol, a cuyo consumo se entrega de manera periódica. No se verifica ningún antece-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dente hereditario. A raíz del hecho los peritos sospecharon una esquizofrenia incipiente, pero 3 años de observación ulterior permiten a STRANSKY excluir este diagnóstico, así como el de epilepsia.

f) Los impulsos anormales que hemos estudiado en los acápites anteriores corresponden a modalidades que se destacan en la infinita variedad de maneras de ser personales y de fenómenos anímicos que ofrece la humanidad al análisis del psicopatólogo. Naturalmente, ninguno puede ser considerado como una entidad mórbida, sino como una reacción más o menos típica dentro de la dinámica de los desórdenes de la voluntad : cada uno es un impulso desorbitado que se destaca en el juego de las tendencias. De ahí que no sea excepcional que en el mismo sujeto coexistan o se sucedan dos o más manías diferentes. De ahí también que haya otras muchas cuya manifestación sea menos típica que las estudiadas. Así, existen ciertos actos que caen dentro del grupo aunque se observe manifestaciones objetivas similares ora entre los impulsos disparatados ora entre las acciones compulsivas. En efecto, de ordinario, el impulso a destruir los vestidos, se presenta en los esquizofrénicos sin que haya el menor propósito consciente y mucho menos el deseo de realizarlo; sin embargo, en algunos casos el impulso, sin dejar de ser incontenible, es consciente, se presenta con un móvil inmediato y avasallador, como demuestra el testimonio de uno de nuestros pacientes de personalidad anormal :

Al interrogarlo acerca de la propensión a desgarrar su ropa, el sujeto responde: "No lo puedo evitar, lucho mucho por contenerme".—Cuando viene el impulso ¿trata Ud. de contenerse?—"Cuando viene, viene no más".—¿Ha logrado Ud. alguna vez no llegar a romper?—"Nunca".—¿Es decir que rompe siempre?—"Siempre, doctor".—¿Y Ud. no puede demorar la realización del impulso? —"No puedo demorar; después me viene un sudor por todo el cuerpo, los pies los siento fríos y a veces hay temblores".—¿Antes qué siente Ud.?—"En el cerebro parece que me halara algo; eso es antes, viene el impulso y después me quedo tranquilo".—Además del tiramiento no hay otro impulso —"No, doctor". —¿No hay cólera —"No".—¿No experimenta Ud. ninguna emoción?—"Sin emoción, doctor".—De modo que Ud. es impotente para evitar la rotura; es como si Ud. viera caerse un hombre de una torre y por mucho que quisiera contenerlo, no podría, ¿sí o nó?—"Sí doctor, así doctor". (Cuando recién ingresó este enfermo al servicio a causa de sus impulsos destructores fué instalado en la sección de clinoterapia, donde rompía hasta el colchón y, cuando alguien se le acercaba, intentaba desgarrarle los vestidos; además era agresivo, mejor dicho, tenía impulsos de agresividad y cuando se tranquilizaba pedía disculpas diciendo : "Perdóneme, señorcito, son mis nervios".)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Ejemplo de impulsos sistemáticos con móvil consciente, que se asemejan objetivamente a los actos compulsivos sin tener su esencia, es el que a continuación exponemos. Se trata de una neurópata (histérica con acentuados rasgos asténicos), dotada de apreciable capacidad de auto-observación, que además del impulso incontenible expone sus temores insensatos a base de una experiencia que linda entre la convicción corporal sin sensación y la delusión conviccional pura :

La paciente en tono desesperado relata lo siguiente : "No sé lo que me pasa, tengo miedo de morirme o volverme loca, me dan ganas de salir corriendo y lo que más me preocupa es que me rompo la ropa y después tengo que gastar en reponer lo que rompo y como soy pobre no me es fácil. Es como si no estuviera en mí; teniendo yo mi conocimiento parece que otra persona actuara en mí por lo que no puedo contenerme, siendo yo misma la que rompe no soy yo la que quiere romper. Yo no tengo la voluntad, el deseo de romper puesto que no me conviene; es una cosa rara una fuerza extraña que estando en mí no depende de mí. Procedo como testigo de lo que yo misma hago y luego me increpo, y en una nueva falta, teniendo la experiencia del perjuicio que me hice la vez anterior, vuelvo a caer en lo mismo; por más que quiero y lucho por evitar y contenerme la fuerza que me obliga romper es más poderosa. Siento la desesperación que causan ciertas escenas del cinema, por ejemplo, cuando la niña o el joven (la heroína y el héroe de las películas policiales) van a ser cogidos o se van a volcar cuando están escapando del enemigo, cuando el enemigo ya los va a coger en una emboscada, cuando el joven está luchando en un castillo o lo arrojan desde la altura; esa sensación de desagrado, de pena que se siente ante lo que quisiéramos evitar, por ejemplo, que el joven no se cayera o que el coche no se volcara; la sensación que se sucede no es igual a la que queda después que asistimos al fracaso de nuestros favoritos del cinema porque al fin y al cabo sabemos que eso es mentira, yo me quedo desconsolada. verdad más tranquila porque ya no siento esa tensión, pero con remordimiento, con cólera ante mi falta de voluntad para contener aquellos arranques que me perjudican. Esos ataques de nerviosidad me duran 3 ó 4 horas y en ese tiempo a veces estoy luchando por no despedazar mi ropa, hasta que me vence esa fuerza, que me hace pensar que hay alguien en mí que contra mi voluntad me hace perjudicarme, claro que no voy a aceptar que otra persona se va a meter dentro de mí para proceder en contra de lo que yo quiero conservar. Casi siempre rompo lo que está más cerca de mí aunque nunca he roto más que mi ropa, a veces he querido romper las sábanas pero he podido contenerme; he roto solamente mis trajes, una sola vez mi camisa de dormir. Otras veces he mordido a mi marido, no muy fuerte, y le he dejado o he suavizado esos impulsos. cuando me ha hablado y se ha defendido, parecía que me hacía volver a mi juicio. En otras ocasiones me muerdo y me araño, también me he mesado los pelos.

"Otras veces se me pone que alguien se ha metido a mi cuarto y que me va a matar o que me está espiando para aprovechar de que estoy sola y matarme; no temo la fornicación sino el que me maten. Se me pone tan fijo en la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cabeza, que siento que alguien se ha escondido y a veces trato de no voltear la cara por temor de verlo, y así con gran miedo salgo hasta la puerta despacito, como que quisiera que no me sienta salir, para correr cuando he llegado a la puerta. Otras veces, cuando estoy acostada y siento esa sensación, comienzo a hacer mis planes para salvarme o defenderme por medio de la fuga a tiempo; una noche que me puse así hice que mi marido se levantara y fuera a buscar a la persona que yo creía que se había escondido para matarnos: él buscó en los sitios en que yo creía que estaba escondido el individuo para matarnos a los dos; hubo un momento en que me quedé sola y sentí como que se me acercó para agarrarme y hasta creí verlo e involuntariamente me volví para defenderme, pues sentí como que ya se acercaba sin hacer ruido para victimarme. Otras veces, cuando siento esa sensación, a pesar de que mi marido ha tratado de convencerme de que eso que siento no es sino efecto de mis nervios, trato de hacerme la desentendida, pero poco a poco voy poniéndome más nerviosa y teniendo más convencimiento de que eso es realmente cierto (el que hay un hombre, nunca una mujer ni un animal, escondido en algún rincón de su casa, hombre que casi siempre cambia de sitio), así es que como he demorado en salirme de la casa, por unos instantes más me hago la desentendida, pero ya no con el fin de desechar la idea, sino para despistar al que me asecha y escaparme en la mejor oportunidad. Varias veces también lo he sentido debajo de la cama; aunque nunca he visto nada ni he encontrado ningún rastro, no puedo acostarme ni quedarme sola en la casa sin antes haberme cerciorado de que las ventanas y las puertas están seguras y sobre todo de que no hay nadie en los sitios que creo que se esconde esa persona que me quiere matar. No la conozco, sé que no tengo enemigos ni quien me quiera mal; muchas veces momentáneamente me he convencido de que son mis nervios los que me hacen sentir esas sensaciones, pero en el momento que las siento no puedo creer que eso se deba a mis nervios solamente, siento claro como si estuviera en determinado sitio y espiándome; no lo veo ni en la imaginación, pero siento como que estuviera ahí ocupando un sitio".

8. El **ESTUPOR** es un estado que a la extrospección se caracteriza por la falta de movimientos; una inactividad espontánea cuyo término no se puede provocar, como si el paciente se aislara del mundo exterior. Incluso estímulos dolorificos muy fuertes (pinchazos, descargas eléctricas etc.) apenas si provocan movimientos casi imperceptibles. El paciente, mudo y sin expresión mímica alguna, salvo algunas veces cierto pliegue de la frente, casi no da señales de vida mental. Es excepcional el caso de que esta inmovilidad coexista con la expresión verbal, hasta los gritos. Como veremos después, no en todos los casos la apariencia corresponde a la realidad interior. Cuando el estupor es la consecuencia de un avanzado apagamiento de las tendencias instintivas, como ocurre a veces en la encefalitis letárgica, en la parálisis general y en los tumores cerebrales, lo externo trasunta la condición subjetiva. En el **estupor melancólico** la vida mental está inhibida : son muy débiles o no llegan

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a surgir los motivos, y todos los factores de la voluntad—tal vez la decisión más que los otros—están dificultados; pero el impedimento de la acción se diferencia sólo por grados de la simple depresión. Se compara la inhibición depresiva con una rueda de movimiento dificultado por una presión y el estupor catatónico con una rueda dentada cuyo movimiento fuese interrumpido por la introducción de una barra en el engranaje. En el melancólico se produce el estupor cuando la inhibición llega al extremo, cuando se alcanza el grado máximo de improductividad. Muy distinto del estupor melancólico es lo que ocurre en la rara forma de la fuga de ideas y exaltación afectiva con mutismo y quietud absolutos, o sea el **estupor maníaco.** En este caso—además de lo que hemos indicado en otro lugar *—interviene la falta de atención, que da al paciente el aspecto de que tuviese la conciencia anublada. "Aquí,—observa BOSTROEM—como en el ensueño, los pensamientos van y vienen, sin que puedan ser elaborados voluntariamente y sin que tengan la menor expresión motriz". En el **estupor psicógeno** o histérico, según la situación del sujeto, puede haber una vida interior más o menos activa, pero muy probablemente menos activa que en condiciones normales, por la misma alteración de la conciencia en que se presenta tal estado Además, en el estupor histérico, que puede comenzar de manera brusca o gradual, prolongándose o repitiéndose de tiempo en tiempo, el sujeto cambia de posturas y permanece siempre con los ojos cerrados.

Mas el estupor por excelencia, el "verdadero", es el **estupor catatónico,** en el cual parece que la inactividad no es intencional sino primariamente dada, aunque la observación muestra que en algunos casos se presenta como reacción a una influencia exterior— como respuesta negativista. El estupor catatónico termina bruscamente, con o sin un episodio de agitación. En lo que atañe al aparato motor, se presentan dos formas : con contracción muscular y con flacidez. En la forma flácida, bastante rara, por lo regular el paciente no conserva la actitud que pasivamente se da a su cuerpo y los movimientos pasivos no encuentran la menor resistencia. En la forma tónica o, si se puede decir, espástica, la actitud provocada suscita una reacción consistente en el aumento del tono. Si se pone en pie al sujeto con estupor flácido, se desploma por flexión de los miem-

* "Psicología general y psicopatología del pensamiento y la imaginación", **Actualidad Médica Peruana,** 1936, N° 1.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bros; en la forma tónica se mantiene en pie, inmóvil y, como sucede en otras posiciones, en actitud a veces muy incómoda; si se introduce alimento en la boca, éste permanece indefinidamente sin ser deglutido, si no cae al exterior. Cuando hay hipertonía muscular—lo frecuente en el estupor catatónico—su presencia es espontánea o reactiva y alterna con momentos de tono normal o hipotonía. Rara vez se trata de una hipertonía generalizada. Lo frecuente es que comprometa más los flexores que los extensores y que se localice en determinada región, particularmente, en algunos músculos de la cara o del cuello y en la extremidad proximal de los miembros. En la mayor parte de los casos no es posible diferenciar la tensión muscular catatónica de la inervación activa normal. La duración de la hipertonía en general es prolongada, pudiendo interrumpirse y reanudarse bruscamente después de un intervalo variable. Las más tenaces son las de los maseteros, según BOSTROEM. Este mismo observador ha verificado en raros casos la hipertensión de las extremidades superiores con simultánea hipotensión de los inferiores, y KLEIST señala la manifestación del aumento de tono en un lado del cuerpo con hipotonía del otro. En lo que respecta al estado mental del catatónico estuporoso, lo esencial es el estorbo o detención que sufre el ejercicio de la voluntad. Una observación cuidadosa permite verificar en muchos estuporosos reacciones que no se manifiestan en el caso del sueño y del llamado **estupor letárgico.** En efecto, a las preguntas y exigencias del médico se puede advertir una veleidad de reacción en forma de expresión mímica, de tensiones musculares o cambios circulatorios de la cara—testimonio del esfuerzo voluntario que se frustra. Son tentativas de inervación que no logran exteriorizar el conato subjetivo, como si se interpusiera un impedimento insalvable a la producción del acto volitivo. Por otra parte, en veces el paciente es capaz de algunas acciones e impotente para lograr otras, sin que haya relación de las primeras con el carácter de simplicidad, facilidad o hábito, pues incluso los movimientos involuntarios no se realizan : el enfermo puede hablar, p. e., y le es imposible espantar las moscas que le caminan por los ojos. Asimismo, suele observarse que el paciente, como si fuese consciente del obstáculo, cuando tiene la vía libre para una acción la realiza precipitadamente, temeroso de que sobrevenga la interrupción. Al estorbo que sufre la voluntad—como se comprende—van unidas o no otras perturbaciones, lo cual varía con los casos. Así, durante el estupor algunos pacientes son capaces de aprehender y elaborar lo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

que pasa en torno suyo y lo rememoran después con detalles. En cambio, otros son incapaces de recordar nada de lo acontecido en los momentos de estupor; a pesar de esforzarse, no recuerdan qué pasó en su mente en tal condición, como si su experiencia hubiese estado vacante. Por último, en otros pacientes es posible verificar a posteriori penuria relativa de experiencias vividas, sin ninguna perturbación de la conciencia o, por el contrario, con embotamiento y aun con estado ligeramente oniroideo y hasta con alucinaciones más o menos simples y perseverantes. Por causa de la psicosis misma es difícil averiguar la verdadera condición íntima del sujeto, pues las ideas sobrevaloradas y los falsos juicios hacen interpretar lo vivido de manera deformante. Según C. SCHNEIDER los estados estuporosos con riqueza de vida interior se presentan a menudo en individuos de natural activo, de inteligencia y cultura elevadas. Las experiencias de interrupción del estupor con inyecciones de cocaína, a pesar de las verificaciones de BERGER y FLECK, no aclaran el problema de la vida mental del estuporoso. Respecto de la génesis del mismo, todavía nada preciso conocemos. Sin embargo, parece evidente que en muchos casos el estupor catatónico, frecuentemente con perturbaciones circulatorias y de la motilidad pupilar, es expresión del compromiso del aparato cerebral de los movimientos. C. SCHNEIDER considera como factores accesorios y eventuales los estados emotivos (angustia, espanto), el temperamento individual, proceso neurológico localizado en los nucleos de la base (probablemente favorecido por la constitución), la índole del proceso psicósico. Naturalmente, la causa esencial es la psicosis misma, cuya génesis somática hoy no se puede negar. Pero el problema es explicar por qué se presenta el estupor en un reducido número de casos y por qué se hace más raro con la ergoterapia y las influencias de orden anímico anexas a la terapéutica activa de las psicosis. De la misma suerte que el estupor se manifiesta tanto en las psicosis sintomáticas (por lesión, infección o intoxicación del cerebro) cuanto en la histeria, esto es, por vía somática y por vía psicógena, en ciertos casos o condiciones del proceso esquizofrénico lo psíquico puede ser de algún momento para la actualización del estado estuporoso.

Un ejemplo demostrativo de la riqueza de vida interior en el estupor nos ofrece uno de nuestros catatónicos, que durante toda su enfermedad, con mutismo rara vez interrumpido, no expresó nada que permitiera conjeturar vida anímica, y quien al convalecer nos obsequió dos gruesos cuadernos llenos de recuerdos, bien pergeñados, de la experiencia mórbida. En lo que atañe al estupor viene al caso lo que anota al fin del relato siguiente: "Las visitas médicas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tenían para mí un carácter religioso, pues constantemente creía oir decir al doctor «Yo amé a mi Eva». A menudo me fijaba en la camisa del doctor, a ver si tenía rayas verdes—color de mi simpatía—, y en el terno, si era obscuro: otras veces dirigía la mirada al paño que tenía en el mandil, el cual significaba para mí el producto de un ahorro de leche. Quizá esto se debía a que se descuidaban de proveerme de pañuelos. Otras veces detenía mis miradas en el anillo que tiene. Cuando una vez me levantó los párpados (se hallaba en estado estuporoso) creí que me hacía pecar por la luz, lo cual me molestó interiormente."

9. La repetición inmotivada, rítmica o episódica, de actos, sean puramente mentales, sean psicomotores, se manifiesta con variados caracteres en el individuo normal y en el enfermo. Los nombres con los cuales se designa tales manifestaciones son múltiples y discordes en la psicopatología actual. En nuestro empeño de precisar el significado de los términos técnicos, con la delimitación más rigurosa que sea posible tanto en lo que denotan cuanto en lo que connotan, trataremos de seguir en cada caso el criterio más lógico, sin descuidar el prestigio anexo al uso de las palabras. Llamamos **ITERACION** toda repetición con los caracteres antes indicados. Por tanto, comprende las de la vida psíquica normal, verificables sobre todo en los niños y en el adulto fatigado o preocupado con una idea —con más frecuencia los introvertidos y leptosomos que los extravertidos y pícnicos, según lo ha verificado ACH. Comprende asimismo los movimientos y expresiones monótonas que repiten sin variación los enfermos con las más diversas lesiones cerebrales, incluso la palilalia y la logoclonia. Acerca de estas últimas se ignora si son iteraciones meramente somatógenas o si se originan con el concurso de factores psíquicos. Sin embargo, ROENAU incluye la palilalia entre las perseveraciones que él llama clónicas o motoras, con un concepto que no concuerda con nuestra definición de estas anormalidades. La **palilalia,** característica de los estados post-encefalíticos, consiste en la repetición múltiple de la misma palabra o frase. La **logoclonia,** síntoma casi patognomónico de la demencia presenil tipo enfermedad de Alzheimer, es la reiteración de la última sílaba de las palabras, v. g., "Comida-da-da". Otra forma especial de iteración es la **monotipia,** aislada por KLAESI de la estereotipia. Comprende los movimientos repetidos que realizan los idiotas, como mecerse, bambolearse etc., mera manifestación de una tendencia primitiva, faltos de sentido tanto actual cuanto retrospectivo. Por último, tenemos la perseveración y la estereotipia, las dos formas más diferenciadas de la iteración.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Caso de monotipia es el que nos ofrece la observación de un imbécil de 10 años, mudo y erético. Da gritos estridentes, con expresión de disgusto, que alternan con otros gritos durante los cuales la expresión es placentera. En tales circunstancias hay exaltación de la actividad motriz en forma torpe, desordenada, modosa, con manifiesta energía de los movimientos, pero sin finalidad aprehensible : flexiones, extensiones, saltos, desplazamientos y carerras incoherentes, sin verosimilitud de efecto, sin concordancia con las contingencias exteriores. En los intervalos de las crisis anotadas—que se suceden con notable similitud—su estado ofrece estas características: indiferencia, posición en finta hacia adelante, la mano izquierda hacia atrás, colocando el puño en la región lumbar o coxo-femoral, la mano derecha cogiendo el cabello, y movimiento de vaivén, con elevación leve de las piernas, de atrás hacia adelante (como si estuviera en una mecedora). El ritmo y la oscilación del movimiento de este enfermo son uniformes. Ningún motivo exterior, intencional o circunstancial, ni la pluralidad de las suscitaciones del ambiente que le rodea (juegos de los niños, individuales y colectivos, obsequio de alimentos, dulces, invitaciones, agresiones etc.) logra modificar en lo menor esta monotipia, que en veces se prolonga durante una hora o más. También se ha notado, esporádicamente, que acompaña una entonación musical con las siguientes expresiones : "Chiquichaca, chiqui-chaca". Es importante también su irrefrenable tendencia a oler todo lo que se le da o encuentra en su camino: objetos y personas; se le hace oler amoníaco más de 20 veces en una sola sesión; reiteró su tendencia, pese a los notorios estragos que le causaba tal elemento (los niños curiosos que se acercaron no intentaron oler una segunda vez). No pasa un solo día en que no presente el cuadro descrito.

Entendemos por **perseveración** la repetición debida a la persistencia de un dinamismo psíquico de efecto motor, verbal o sólo psíquico, más allá de su fin logrado, de suerte que una intención que debió fenecer se sustituye a una intención presente, frustrándola, o subsiste activa sin motivo, sin verdadera determinación voluntaria. Los movimientos, las palabras, las representaciones o los conceptos se reiteran en todas las formas y conexiones imaginables. Nuestra definición excluye las iteraciones producidas por mecanismo exclusivamente somático, como ocurre en las simples repeticiones mioclónicas y fijaciones mictónicas. A este propósito conviene dar lugar aparte a la **catalepsia** o **flexibilitas cerea,** por ignorarse si tiene un fundamento anímico o sólo somático. Es la condición en la cual el cuerpo del enfermo— particularmente las extremidades— conserva durante largo tiempo la postura que se le da o la que el sujeto mismo asumió, sin poder salir de ella. Siguiendo a WERNICKE, BUMKE separa la flexibilitas cerea de la **pseudoflexibilitas cerea** : la primera, que pertenecería sólo al síndrome estriado de la encefalitis, sería de origen puramente orgánico e independiente por completo de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las circunstancias exteriores; mientras que la segunda, propia del síndrome catatónico, implicaría siempre el concurso de factores psíquicos. Volviendo a la perseveración, tenemos que aunque entraña un dinamismo psicológico—la impotencia de la voluntad para renovar el objeto de su ejercicio—, su proceso genético surge de una deficiencia, sea orgánica, sea funcional, lo cual contribuye a que sea sufrida de modo pasivo por el sujeto. De ahí que se presente tanto en los desórdenes por lesión focal o difusa del cerebro, como en la afasia, la ceguera psíquica, la parálisis general, la arterioesclerosis cerebral, la epilepsia etc. cuanto en los desórdenes mentales sintomáticos de intoxicación, infección, agotamiento o traumatismo, y en las psicosis endógenas (esquizofrenia) y en las neurosis (con estado crepuscular u otra perturbación de la conciencia). De ahí también que pueda observarse en el hombre normal bajo la influencia de la fatiga o del sueño. A continuación reproducimos el diálogo con un demente presenil en estado de hipomanía, que tiene perseveración:

—¿Desde cuándo está aquí?—"Yo vine aquí... ¿hace? Yo he estado en el Country Club. Espere Ud. Hace 9 días!"—¿Qué es Ud?—"¡Hombre! Pero no me masturbo como ese M. (Momentos antes había hecho una referencia a esto.) Yo soy hombre no mujer como ese C., a quien Ud. ha traído aquí."—¿Quién es Ud? —"El Benvenuto Cellini. Yo soy (canta) el del Mantón de Manila etc."—¿Qué hace Ud. de día acá —"¿Acá? El señor D. me hizo quitar la ropa (acontecimiento de días pasados.) Yo soy el de las Tapaditas, el de los Carnavales alegres".—¿Cuántas veces ha estado Ud. aquí?— "Aquí? ¡Qué cosa es esto! ¿Esto es una clínica? ¡Mal hicieron de ponerle el nombre de hospital "Víctor Larco Herrera". Esto es un cuartel. Yo estuve haciendo el retrato de C. P. Yo soy el que..."—¿Qué edad tiene Ud?—"¿Yo? Mi historia es muy buena. Yo aparecí en el Lago Titicaca. Yo he tenido, he sido buen poeta..."—Desde la primera vez que vino Ud. hasta la fecha, ¿cuánto tiempo ha pasado?—"¿Aquí? ¡Cómo! Pero qué cosa es esto. Esto es un cuartel. Yo hice el Correo. Yo hice maravillas. Esto es un cuartel que hizo P. A. Yo hice el Correo".—¿Cuándo quisiera Ud. salir?—"¿De acá? Yo fuí el de los Carnavales alegres..."—Dígame Ud. ¿Qué tal es la alimentación aquí?—"¿La alimentación? Hoy no me han dado desayuno. Yo estuve en el Hotel Maury. A Ud. le he conocido en el Country Club."—¿Está Ud. contento acá?—"¿Acá? Yo he estado en el Club de la Unión. En el Club Nacional. Yo he sido el de los Carnavales alegres."

La **estereotipia,** uno de los signos más característicos de la catatonía, es aquella especie de iteración en que los actos o expresiones recurren con frecuencia variable, a menudo durante un tiempo prolongado, cuyo contenido no tiene nexo con la situación actual del sujeto y cuya realización no depende de la libre iniciativa del yo ni del esta-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do afectivo personal. Son acciones, actitudes, expresiones o pensamientos de estructura que varía al infinito, de ubicación fenomenológica difícil : ni actos voluntarios ni simple impulso o reacción, se aproximan a las acciones habituales, sin tener la adecuación objetiva y subjetiva de éstas. Pueden originarse en acciones previas con finalidad determinada, en relación con la vida psíquica normal o con la experiencia y la acción mórbidas, pero sin conexión actual. Entonces se trata de residuos, abreviaturas o deformaciones de cuyo origen no tiene conciencia el enfermo. Incluso en los casos en los cuales se revela al sujeto el por qué o la historia de su estereotipia, cambia inmediatamente o cesa ésta. Con BOSTROEM, eliminamos fuera del campo de la estereotipia las manifestaciones defensivas o relacionadas en otra forma con pseudopercepciones, falsos juicios y estados de ánimo actuales, así como reputamos inaceptable el concepto de "alucinaciones estereotípicas" (BLEULER). La actitud del paciente frente a sus estereotipias depende de las particularidades de la psicosis misma. En el enfermo apático no produce eco alguno, como si el yo fuese ajeno a los actos estereotipados; en otros pacientes parece que éstos producen perplejidad y en veces son sufridos penosamente, sobre todo si su realización demanda esfuerzo corporal considerable. BLEULER cree haber observado sujetos que tratan infructuosamente de suprimir las manifestaciones de estereotipia. El tratamiento activo y en general la concentración del interés del paciente en algo real atenúa o hace desaparecer, a veces pronto, las estereotipias, como acontece con la mayor parte de los síntomas de las psicosis—hecho que justifica el concepto de que muchos de los desórdenes de la acción en los enfermos de la mente son en parte producto artificial de las condiciones del ambiente. Esto mismo confirma que la estereotipia no es mera perturbación neurológica—pese a los esfuerzos de KLEIST para propugnarlo. Sin embargo, cabe hacer una excepción para los casos con gran deterioro mental, en que lo que fué estereotipia se empobrece de substancia psíquica hasta dejar de ser al fin estereotipia. Pues, como ha mostrado LEONHARD (en la clínica de KLEIST), la estereotipia se simplifica notablemente en los catatónicos deficitarios, constituyendo la **estereotipia monótona** —que mucho se asemeja a la monotipia—, de la misma suerte que los movimientos expresivos de estos enfermos degeneran en mera intranquilidad paraquinética. BARAHONA FERNANDES explica este hecho, común a las fases avanzadas de catatonía crónica, diciendo que la estereotipia decae del plano psicomotor al de la simple motilidad, el acto anímico se transfor

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ma por grados en quinesia neurológica, paralelamente con el apagamiento de la actitud interna (del yo).

La estereotipia ofrece diversas formas : de movimiento, de posición, de lugar, verbal, gráfica etc. La estereotipia verbal se conoce con el nombre de **verbigeración.** Se llama estereotipia de lugar aquella relacionada estrechamente con los sitios. Y se designa con el nombre de estereotipia de actitud la postura que asume el enfermo en ciertas circunstancias. En casos de esta última forma, cuando se prolonga durante mucho tiempo, suelen producirse atrofias musculares o contracturas. Hemos verificado este hecho sólo en el caso de un paciente : acortamiento definitivo de uno de los esternocleidomastoideos. En otro enfermo hemos verificado la producción de una callosidad en el dorso de la mano izquierda a causa de que durante varios años escribe en ella horas y horas, con objetos duros, palos de fósforo, vidrio etc. A continuación presentamos tres ejemplos de estereotipia múltiple.

Las estereotipias que presenta uno de nuestros enfermos son de dos clases, según que se encuentre tranquilo o agitado. Sus períodos de excitación duran 60 o más días. Entonces reza incesantemente, persignándose de instante en instante; nunca tiene las manos abiertas, siempre está haciendo la señal de la cruz con el pulgar y el índice de ambas manos y con un pedazo de lona o sábana entre los puños. Horas íntegras permanece arrodillado en el filo del catre en verdadera actitud de equilibrio y tortura para sus rodillas, orando, repitiendo el mismo rezo con invariable analogía en la expresión, tono y timbre de voz, posición y aspecto general. Pasan los meses, las inyecciones de nucleinato de soda se repiten por temporadas, y el paciente no cambia en un solo punto el cuadro general de su agitación. Permanece completamente desnudo y a la espectativa de todo lo que acontece a su alrededor : cuando ingresa a la sala alguna enfermera, sin cambiar de actitud general, orando con notable aspecto místico, la galantea floridamente a la par que se persigna e hilvana la verbigeración de su rezo sin perder la hilación: rezo fragmentado y con lagunas de galanterías preñadas de simbolismo erótico. Cuando se le insta a permanecer en su cama, con gran disimulo y habilidad destroza desde el colchón hasta la funda de la almohada, sin dejar de rezar y persignarse, procurando estar siempre arrodillado. Cuando está tranquilo (2 ó 3 meses), después de trabajar en la imprenta o en algunos menesteres del servicio, se pone a dibujar un pajarillo o, según las temporadas, un obelisco : dibuja en grandes cantidades de papel sin desperdiciar espacios, repitiendo la misma figura que después, mientras no tiene papel, recorta con toda prolijidad. Importa anotar que, cuando el paciente está completamente calmado y en condiciones de abandonar el hospital, dibuja y escribe variadamente : la estereotipia es uno de los primeros signos de la agitación.

Un segundo ejemplo nos ofrece una catatónica, como síntoma saltante de su cuadro clínico, invariable desde hace cinco años. La enferma coge un peda-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

zo de papel (sólo un pedazo y siempre de forma rectangular) y lo pliza indefinidamente, con gran agilidad y destreza, mientras su mirada vacua y su rostro de pobrísima expresión permanecen como ausentes de tal actividad, que sólo tiene variación cuando se le presenta a la vista algún orificio, sobre todo las cerraduras de las puertas, los pliegues de los biombos y las desgarraduras de sus vestidos, que al parecer los rompe intencionalmente. Por ejemplo, introduce el papel con gran melindre, acomodándolo meticulosamente, por el escote y lo saca por una desgarradura que tiene a nivel del muslo (siempre tiene el traje roto en dicho sitio), lo vuelve a introducir por allí mismo para sacarlo por la parte inferior, ejecutando los mismos movimientos, con igual actitud, sin que ninguna circunstancia del exterior logre modificar en lo menor su tendencia a realizar de manera intermitente o, lo que está en relación con su estado de excitación, ininterrumpida.

Como estereotipia de lugar es característica la conducta de un tercer esquizofrénico. Acostumbra levantarse muy temprano para dirigirse al jardín en donde camina por un pasadizo determinado, siguiendo las líneas de un rombo (imaginario), girando en los cuatro ángulos, exactamente, todas las veces. Cerca de una hora está caminando, ora con las manos metidas dentro de los bolsillos de los pantalones o en jarras, ora con las manos levantadas a la altura de la cara, formando con ambas un círculo, ora con los brazos abiertos en cruz. La mirada está fija, como si hubiese una parálisis de los músculos motores del ojo. En seguida toma un paquete de periódicos y va a sentarse en una de las bancas que hay allí, siempre en la misma. Después del desayuno se sienta en determinado sillón. Cuando se abre la puerta principal va a caminar por el jardín del lado derecho del pabellón y haciendo un cuarto de círculo, de tres metros de radio, camina durante más de una hora llevando los brazos como lo hace en el jardín interior. Después de almuerzo sale a caminar por uno de los extremos del pabellón. Las actitudes son las mismas que en sus paseos anteriores. Vuelve al pabellón a sentarse por espacio de dos horas en una silla que coloca al centro del hall, orientada hacia una ventana, a la cual dirige su mirada como en éxtasis. En años pasados hacía en sus paseos movimientos de torero. Le llamamos la atención sobre esos actos, preguntándole su significación. Esto bastó para que no volviera a ejecutarlos. Lo propio ocurrió cuando le mostramos nuestra curiosidad por saber qué significaba un complicado "ritual" que realizaba después del baño con todas y cada una de las piezas de su vestido.

10. En la actividad anímica normal es frecuente la resistencia, la discordancia, el contraste, el antagonismo, la asociación adversa, el espíritu de oposición y aun el de contradicción. Todo esto se manifiesta en forma explícita en la anormalidad de la volición que nos proponemos describir aquí: el **NEGATIVISMO.** Lo que diferencia este fenómeno psicopatológico de los hechos normales mencionados es que entraña una resistencia inmotivada y no deliberada contra el influjo ajeno y aun contra los propios impulsos, que sin mediar la decisión, se incorpora en actos motores, verbales o sólo de pensamiento. Estas particularidades diferencian también el negativismo del mero capri-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cho, de la actitud simplemente refractaria a la sugestión o a la persuación, del rechazo como reacción defensiva, que tienen motivos o condiciones en la experiencia vivida del sujeto. En el negativismo la tendencia a la oposición es primaria y gratuita, no derivada ni comprensible, aunque en su génesis—desconocida—puedan influir otros desórdenes mentales. En lo que respecta al modo como se manifiesta el negativismo tenemos dos variedades: el que consiste en la simple abstención y el que se expresa con la realización de lo contrario. KRAEPELIN llama pasivo al primero y activo al segundo Por su dirección, transitiva o reflexiva, se divide, con la nomenclatura de BLEULER, en negativismo externo y negativismo interno, según que la influencia provocadora proceda de otra persona o de la propia actividad interior. En relación con el fenómeno psíquico desencadenante, el negativismo interno puede ser intelectual (una imagen o un pensamiento suscita su negación o su contrario) o volitivo (el paciente no puede hacer precisamente lo que quisiera o hace abortar su querer con la acción antagónica). Atendiendo a su extensión, puede ser general o electivo (MAGER) : en el primer caso no hay distinción de sujetos provocadores, en el segundo sí, se manifiesta sólo con cierta clase de personas—en particular los médicos y el personal de asistencia, mayormente si se empeñan en combatirlo de manera directa. C. SCHNEIDER se refiere a un negativismo interno que se manifiesta en forma de voces negadoras. Esto sería ya un fenómeno más complicado o distinto del verdadero negativismo y dependiente de perturbaciones definidas en funciones extrañas a la voluntad. Es verdad que—como observa BOSTROEM— el negativismo interno (descrito por HOCHE antes que por BLEULER) implica ya cierta disociación de la personalidad, si no se le asimila a los actos compulsivos. Así como puede complicarse por efecto de otras perturbaciones mentales, el negativismo es susceptible de fijarse por la repetición en una forma secundaria, convirtiéndose en un hábito.

El negativismo es otro de los componentes del síndrome catatónico. Sobre todo en la forma activa, es característico de la esquizofrenia, con o sin otros síntomas catatónicos. Se presenta también —el pasivo—en las psicosis sintomáticas y en todas las que pueden asumir un cuadro catatoniforme. Sin esto último puede presentarse en los oligofrénicos y en procesos avanzados de demencia senil y paralítica—seguramente en todos estos casos con génesis muy diferente a la del negativismo del esquizofrénico. El mutismo es una de las modalidades más corrientes del negativismo pasivo de los esqui-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

zofrénicos. En ellos también las pararrespuestas constituyen expresión de negativismo.

Interrogado en la convalecencia acerca de su mutismo obstinado, uno de nuestros pacientes, dotado de apreciable capacidad de introspección y evocación, nos refiere lo siguiente: "No me es posible afirmar desde cuando perdí el uso de la palabra ni tampoco cuales fueron los motivos. Es cierto que la «afasia» en mí ha contribuído a agravar mi situación, pues no podía expresar mis deseos ni sentimientos, dedicándome mas bien a una serie de elucubraciones mentales. Quizás si gradual y metódicamente se me hubiera hecho preguntas, habrían logrado arrancarme algunas palabras." En realidad durante varias semanas tratamos, por todos los medios, de hacer hablar al enfermo, sin conseguirlo. Cuando llegó a hablar usaba casi exclusivamente el "sí" y el "no". A este propósito nos revela lo que sigue: "Es interesante consignar que los primeros vocablos con los cuales recomencé a comunicarme fueron "sí" y "no", palabras que, como en los niños, envuelven oraciones enteras. Por lo demás estas voces las veía adecuadas, pues debía mostrarme poco hablador a fin de no descubrir lo que consideraba mis secretos. Otras veces lo hacía por temor o porque no podía, y además me parecía que cuando hablaba, otras personas recogían parte de mi aliento, que lo veía en forma de hilos. Cuando me llevaban a la fisioterapia nada me era más adecuado que ser conciso : "sí" y "no", respuestas que me hacían recordar unos tests pedagógicos." En esta frase vemos cómo al negativismo se agregan o sustituyen factores dependientes de la enfermedad con efecto semejante al negativismo original.—Otro de nuestros esquizofrénicos manifiesta su negativismo activo en esta forma : cuando está en cama pide insistentemente la ropa para abandonar el lecho que dice molestarle; una vez levantado, se introduce inmediatamente en la cama.— En un tercer esquizofrénico (catatónico con catalepsia prolongada) el negativismo tiene esta forma: cuando da muestras de disponerse a satisfacer una necesidad corporal, el enfermero le lleva al W.C., le mantiene ahí, a veces hasta dos horas: no defeca. Apenas le lleva a la cama, ahí lo hace.—Ejemplo de negativismo interno intelectual: "Cuando se manifiesta un pensamiento se presenta siempre un pensamiento opuesto, que se produce y refuerza tan rápidamente que no se sabe ya cuál fué el primero" (enfermo de BLEULER).

Puede considerarse como una variedad del negativismo la **REACCION DE ULTIMO MOMENTO.** El sujeto se muestra refractario a los estímulos, indicaciones u órdenes mientras el interlocutor se dirige a él o está presente; mas en el momento que éste desiste de su empeño o se retira, el paciente acaba por realizar aquello que hasta entonces se le pedía en vano. Por ejemplo, hablamos a un esquizofrénico : no responde a ninguna de nuestras preguntas; a continuación nos dirigimos a su vecino o nos retiramos, lo que tiene por consecuencia inmediata que el enfermo rompa su mutismo y nos hable. Otro esquizofrénico a menudo no abre la puerta de su habitación a nuestras llamadas y sí cuando escucha nuestros pasos al alejarnos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Un tercer paciente se resiste a abrir la boca aunque se queja de fuerte dolor a la faringe; todos nuestros esfuerzos para examinarle fracasan, y sólo al abandonar el intento, la boca está abierta ante nosotros. La reacción de último momento es más rara que el negativismo, como éste forma parte del síndrome catatónico y puede presentarse en forma aislada en esquizofrénicos no precisamente catatónicos.

11. Al grupo de los síntomas catatónicos pertenecen también dos clases de manifestaciones que son lo opuesto al negativismo y que, paradógicamente, suelen coexistir con éste : la obediencia automática y las reacciones de eco. En la **OBEDIENCIA AUTOMATICA** el sujeto realiza de manera pasiva e inmediata las indicaciones u órdenes que se le comunica; su voluntad carece de toda autonomía y elaboración, como si el querer ajeno encontrase incondicionalmente expeditos el camino y el mecanismo de acción, y como si no se estableciese la organización de un "nosotros" entre la persona activa y la pasiva, según ocurre en la sugestión. Por otra parte, la detracción del yo llega al extremo de que la orden se cumple incluso cuando tiene consecuencias penosas para el sujeto, previsibles por repetirse idéntica la sucesión de actos. Esto se pone fácilmente en evidencia con la prueba de KRAEPELIN : cada vez que por obediencia automática el enfermo saca la lengua, se le pincha con un alfiler—el dolor, manifiesto, no impide que a una nueva orden y frente al alfiler, el sujeto vuelva a sacar la lengua. En nuestro servicio hospitalario tenemos un esquizofrénico que muestra extrema y durable propensión a la obediencia automática, acerca del cual consignamos en seguida algunos datos pertinentes al asunto.

Es el caso de un esquizofrénico, diligentísimo : trabaja desde las 5 a. m. hasta las 8 p.m., con muy cortos descansos. Muchos enfermos lúcidos y a veces algún empleado abusan de su obediencia y su honradez. Tiene aptitud para trabajar todo servicio manual, incluso para cuidar enfermos delicados; la calidad y complicación de trabajos que realiza demuestran una buena memoria de fijación y evocación : reconoce a todos por sus nombres, distingue las categorías, comprende las bromas y hasta intuye la peligrosidad de algunos enfermos para protegerse con gran precisión. Está por completo desorientado cronológicamente. Lo más saltante de su cuadro patológico se refiere a su obediencia automática : repite todo lo que se le dice, las ofensas más graves para las personas que más respeta y quiere, injurias contra él mismo, mencionando su nombre; ataca a quien se le manda agredir—aunque sea enfermo peligroso reconocido por él, p. e. a L., quien varias veces le ha pegado; se autoagrede y hace todo lo que se le mande, las cosas más difíciles considerando su edad, como pararse

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de cabeza, saltar, correr, meterse a la ducha vestido, meter la mano a la cubeta de agua hirviendo: repite la prueba con pasmosa pasividad; se le ordena que saque la lengua; se le pincha, recibe varios pinchazos y obedece siempre En otro de nuestros esquizofrénicos se verifica la coexistencia de negativismo y la obediencia automática. Obedece invariablemente nuestras órdenes y no responde a ninguna de nuestras preguntas. Pero si le mandamos que repita una palabra o una frase, la pronuncia. Le decimos, p. e., "diga Ud. «Buenos días». Obedece repitiendo: "Buenos días", a pesar de su mutismo en lo demás.

Como la obediencia automática, las **REACCIONES DE ECO** revelan una dependencia extrema e impersonal de la influencia exterior. En la **ecopraxia** el sujeto realiza las acciones que ve ejecutar a otro, lo imita servilmente, en una especie de mimetismo dinámico incondicional. Lo propio acontece con la expresión mímica en la **ecomimia.** En la **ecolalia** el paciente repite lo que oye, tanto las palabras que le son dirigidas cuanto las que meramente llegan a sus oídos, sea o no sea conocida su significación. Los síntomas de eco se diferencian de la obediencia automática por la circunstancia de que los primeros no requieren una situación intersubjetiva de autoridad y subordinación : la pasividad y suscepción del individuo eco es por decirlo así menos social y más mecánica que la del obediente automático. Sin embargo, en la psicología del hombre normal tenemos esbozos de ambas manifestaciones o algo parecido a ellas por causa de la sugestión, fenómeno esencialmente social, como hemos visto (§ 3). Por ejemplo, en los espectadores de ejercicios militares, deportivos o de escenas teatrales se puede observar cambios de actitud y comienzos de acción por efecto de las órdenes del comando, o la mimesis de los movimientos de los actores. Del grado que pueden alcanzar las reacciones de eco dan idea los siguientes datos correspondientes a uno de nuestros catatónicos :

F. pasa todo el día en compañía de C. (otro catatónico), imitando sus más mínimos movimientos. F. prescinde por completo de todo lo que le rodea, salvo la persona de C. Si éste se acuesta, si se levanta, si inclina la cabeza, si bosteza, si espanta una mosca, escupe o guiña un ojo, F. ejecuta lo mismo al instante, como un espejo. No se le ha visto fumar antes, pero desde el día que toma por "modelo" a C., fuma cuando éste lo hace, consiguiendo cigarrillos por cualquier medio. Por lo demás, cambia a veces de modelo. En una ocasión imita a M., incluso tratando de realizar la estereotipia del mismo, que consiste en inclinar la cabeza sobre la acequia del jardín hasta muy cerca de la superficie del agua. F. no observa bien y, creyendo que el otro bebe el agua inmunda, él lo hace sin asco. Se observa también que en ocasiones su afán de mimesis cambia de modelo con la veleidad de las circunstancias : imita a las personas más próximas a él. Así, una mañana se le ve sentado cerca de otro enfermo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de quien remeda movimientos, actitudes, expresiones y visajes. Pasa entre ambos otro paciente con los brazos en jarra; al instante F. se pone de pie y coloca los brazos en igual forma. Se aproxima un enfermero con las manos en los bolsillos, él hace lo mismo con las suyas. Por vía de prueba, el enfermero realiza con celeridad una serie de piruetas extravagantes, con la réplica fiel de F. Así puede pasar el día entero entregado a su pasividad de eco, aparentemente satisfecho. Si se le prohibe o impide la imitación, F. se pone intranquilo, llora, muestra miedo y hasta tiene una crisis violenta de desesperación. Por lo demás, niega que imita. Al llamarle la atención acerca del síntoma, responde: "Pero si no remedo a nadie. Precisamente me estoy fijando en él (el modelo eventual) para no imitarlo." Un instante después se le sorprende despeinándose por simulacro, y al preguntársele por qué hace lo mismo que Fulano, replica: "No, no lo imito."—Pero si su cabello está desarreglado en la misma forma que el de Fulano.—"No. Tengo así el cabello porque el peluquero me lo cortó demasiado corto." Agregaremos, para completar el cuadro, que la falta de autonomía de F. se manifiesta en muchas otras formas; así, cuando no está entregado a la mimesis, a menudo pregunta si hace bien en hablar con determinadas personas, en mirar ciertos cuadros o en pasar por tal o cual lugar; si debe comer, si puede continuar paseándose etc.

12. Es imposible demarcar fronteras entre la sugestión normal, tal como la hemos definido (ver § 3), y la anormal. Dejando de lado en esta ocasión lo relativo a la hipnosis, que estudiamos entre las anormalidades de la conciencia, se reputa como sugestión anormal o mórbida aquella que por sus efectos se desvía apreciablemente de la susceptibilidad media para ser influído, teniendo en consideración las circunstancias en que se desarrolla el fenómeno. Lo decisivo es, pues, la predisposición especial del individuo, su grado de sugestibilidad. La **SUGESTIBILIDAD MORBIDA** entraña la aparición de sensaciones, juicios, estados afectivos, perturbaciones psicosomáticas y hasta cuadros clínicos completos por influjo exterior directo y por efecto de una elaboración autosugestiva concomitante o subsecuente. Un sujeto predispuesto se sugestiona con las quejas de un familiar presa de cólico, al instante se siente con el mismo dolor. Una mujer en el climaterio tiene molestias en el bajo vientre, sabe que su vecina sufre de cáncer uterino, se le presenta metrorragia—como a la vecina—, poco después siente todos los síntomas del cáncer, iguales a los de su modelo (reacción hipocondríaca). En un choque de vehículos la hija de un hemipléjico sufre un golpe en la espalda y queda con una parálisis **sine materia** (neurosis de accidente). En el hospital una psicópata escucha el relato de una paciente acerca de su desfloramiento y su preñez, al poco tiempo se le dilata el vientre y se considera encinta. En una colectividad se presenta en circunstancias especiales un caso de corea o de ataques convul-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sivos que se contagia a todos o a buena parte del grupo (**epidemia psíquica**). Se inicia un proceso paranoide en un sujeto y otro u otros miembros de la familia exhiben la misma psicosis; aislado el primero cesan los síntomas en el o los otros (**psicosis inducida**, "locura a dos" en el primer caso). En todos estos casos se trata de sujetos histéricos o con rasgos histéricos—que son los neurópatas sugestionables por excelencia—, como histéricos por lo común son los individuos que desarrollan una "psicosis de prisión" o una "neurosis de renta". En el caso de psicosis de prisión interviene el deseo, a veces después de haberse realizado la simulación de la psicosis, de modo que el cuadro clínico autosugestivo representa un medio de evasión de la realidad penosa. En la neurosis de renta la autosugestión obra en el sentido de la ventaja que reporta el cobro del seguro o la indemnización. En el caso del desarrollo hipocondríaco * la sugestión es favorecida por el temor; por eso a menudo son víctimas fáciles de esta enfermedad imaginaria los sujetos inseguros, propensos al temor o a la angustia.

Aparte de la histeria y de las personalidades y psicosis con rasgos histéricos, la sugestibilidad anormal ocurre particularmente en los dementes paralíticos y seniles, en los pacientes con tumor cerebral, en los maniacodepresivos y aun en ciertos epilépticos y esquizofrénicos. En determinados cuadros clínicos, cualquiera que sea su origen, son eficaces las sugestiones favorables a la producción o incremento de síntomas : señaladamente cuando hay alguna perturbación de la conciencia o debilitamiento de la inteligencia.

Como ilustración de la sugestibilidad mórbida presentamos en seguida los pasajes pertinentes de la vida de un hombre particularmente sugestionable, el cual incluso en la psicosis presenta una forma rara de sugestión, una verdadera **curación inducida** por efecto de los ataques producidos con Cardiazol en aquellos de sus amigos que tienen síntomas muy semejantes a los de su enfermedad mental. Es de advertirse que se trata de un caso de esquizofrenia paranoide, forma de psicosis en la cual la sugestibilidad se presenta por lo común disminuída (respecto del término medio del hombre normal), salvo en lo que favorece a los desórdenes del juicio.

Se trata de un hombre que en la actualidad tiene 32 años, constitución muscular, más que pícnica. El tipo psicológico de su personalidad premórbida

---

* **Vide** "Psicología general y psicopatología del pensamiento y la imaginación", **loc. cit.** § 14.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

se aproxima al del introvertido por la sensación. Siempre sensible a las influencias exteriores: los días nublados o lluviosos le entristecen, los de sol "le abren el espíritu", las noches de luna llenan su alma de "romanticismo"; la sonrisa de una mujer o la atención de un amigo o conocido trocaban su aburrimiento y su reserva en alegría y afabilidad; en cambio, una mala cara helaba su entusiasmo o le producía enfado. Excesivamente confiado, era influido con facilidad por la opinión ajena; crédulo en veces hasta para las supersticiones más absurdas. A los 20 años, en el servicio militar, sufre una caída al montar un caballo que tenía fama de peligroso. Es recogido y, a la orden de su jefe, camina en seguida. El hecho de haber presenciado el mismo día la caída de un compañero, arrojado en un abismo por el caballo que él montaba, y los comentarios de sus compañeros al recogerlo tienen por efecto que se sienta presa de violentos dolores que se prolongan varios días. Al fin se le lleva al gabinete de rayos X para tomarle una radiografía. Le causa impresión el aparato y las maniobras del radiólogo durante el examen. "Encendidas las luces—refiere—, el médico se acercó y me dijo: «Le felicito por su musculatura de atleta. Lo que cree Ud. tener no es fractura, son sólo nervios. Olvídese de la caída. y no sufrirá más». Como un bálsamo, en ese mismo momento empezó a desaparecer, con el dolor, el miedo que tenía de haberme malogrado algo interior. Al segundo día había desaparecido todo como por encanto y al tercero lo tenía olvidado."

Algún tiempo después tiene ocasión de conversar con un compañero sobre espiritismo. Maravillado con los relatos, inquiere acerca de los procedimientos para invocar los espíritus. Pasados tres meses de esto, durante los cuales no pensara en el asunto, se le ocurre verificar los asertos de su iniciador. A media noche piensa con tenacidad en un amigo muerto, hasta que percibe la imagen de éste frente a sí. "Su aparición fué rápida, y como vino también se fué. «Creo poder lograr algo»—me dije, y me dormí. En el sueño sentí una presión que me hacía sobresaltar, por fin ví un bulto que se aventó sobre mí. ¡Oh, qué noche! Sentía la sombra, sentía algo del otro mundo que no me dejaba, que me apretaba el cuello y me ahogaba, y yo, horripilado por el miedo, temblaba como un niño, pero atinaba a defenderme. Así empezó la lucha de fuerza a fuerza. hasta vencerlo. Pero no paró ahí. El fantasma intentó nuevamente acercarse y yo con las manos listas a repelerlo me mantuve por largo rato, hasta que desapareció. Al día siguiente no me acordé de semejante pesadilla; todo había terminado. Sin embargo, al concluir mi estudio, me dirigí como de costumbre a recogerme, cuando a eso de las 12 de la noche y estando semidormido, sentí un fuerte temblor de nervios, y entre mí dije: «¿Otra vez?» Sí, efectivamente, era el mismo; lo he visto aventarse sobre mí, y yo sólo atinaba a defenderme, a defenderme hasta desasirme de él. Al día siguiente muy temprano me desperté pensando lo que me había ocurrido. Por la noche y al acostarme, sentí nuevamente cierto miedo, y al dormirme, la misma pesadilla. Entonces, «¡Vamos!—me dije—es necesario que busque a este muchacho, porque de quedarme callado no podré nunca sacar nada en claro» Y así fué, lo encontré sonriente en la enfermería, donde tantas veces lo había visto. Se hacía el enfermo y demostraba ante los médicos sufrir muchas anomalías. «Bueno—le dije—acabo de recibir un fantasma que no me deja dormir», y le conté todo. «Lo que debes hacer —me dijo—es llamarlo a tu lado y preguntarle qué cosa es lo que quiere contigo. Si te respondiera una sola voz, será, te lo aseguro, un espíritu bueno, y si te respondieran muchas, serán los que persiguen exclusivamente con el ob-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

jeto de hacer el mal. Estos andan vagando sin haberse purificado todavía. Pues en este caso evita sugestionarte, sacude la cabeza y grita llamando al imaginaria...» Llegó la noche y pensando a la misma hora, como de costumbre, empecé a desnudarme; terminé y ya acostado sentí los nervios con fuerza, pues había algo desconocido en mí. No recuerdo si estaba dormido o despierto, lo cierto es que saltaba como un peje. Miré hacia el foco que se encontraba a unos quince metros de la cuadra y me encontré con un fantasma blanco que se levantaba hasta una altura considerable: su cara obscura no dejaba distinguir sus facciones y con su mirada fija en mí esperaba que yo le hablara. Como repito, presa de un exceso de nervios, sentía miedo; mi cuerpo y mis músculos temblaban sin cesar y no atinaba a llamar hasta que, haciendo un esfuerzo sobrehumano, alcancé por fin a decir: «Oye, ¿qué cosa quieres? ¿por qué me persigues tanto?» Los nervios, lejos de disminuir fueron cada vez aumentando más y más hasta que no sé si perdí el sentido o llegué solamente a cerrar los ojos. Pero lo cierto es que al tenerlos abiertos, me encontré que aquél se encontraba tendido sobre una tarima con el codo en ella y la mano sosteniendo la cabeza, y su mirada fija en mí. Entonces ya no me quedaba sino volver a preguntar qué es lo que quería, y así fué. En lugar de responderme, escuché a larga distancia y del piso infinidad de voces que no pude comprender. Acordándome de lo que me había dicho O. hice un movimiento enérgico de cabeza, cerré los ojos, los abrí en seguida y saltando de la cama quedé parado fuera de ella: llamé al imaginaria y todo quedó en silencio, pues el fantasma había desaparecido. Las noches pasaron siempre con esta clase de pesadillas, pero ya en pleno sueño, hasta que terminé mis exámenes. El último día, en un cuarto, ya no en la cuadra, a eso de las 12 del día sentí, dormido, casi la misma pesadilla. El catre se encontraba al centro del cuarto y pegado de la cabecera a la pared, y el piso de cemento se extendía en rectángulo de 12 metros por 5 de ancho. Al extremo derecho escuché un crujir como si levantaran algún metal; al sentir eso, levanté la cabeza, miré y me encontré que una tapa de hierro se levantaba sobre sus goznes: apareció una cabeza sin facciones, la cara obscura y la parte de la cabellera totalmente tapada hasta el suelo. El o ella fué saliendo paulatinamente y se destacó a una altura regular, mediría un metro setentiséis. Cerró la tapa y después de mirarme dió vuelta sobre sí misma recorriendo de un lado de la cabecera al otro, casi rozando el catre. Yo con la vista fija en él no perdí sus movimientos, pues esperaba que me dirigiera la palabra; pero lejos de hacerlo seguía su recorrido en torno al catre. Por fin se paró, se inclinó, abrió la tapa y me dirigió una última mirada, y fué bajando poco a poco, como si descendiera una escalera, hasta que al desaparecer la cabeza cerró la tapa y todo quedó en silencio. Al despertar me encontré bañado en sudor y temblando de miedo; busqué la tapa y no había, el piso era el mismo. Esta última aparición, en la forma que la he explicado, fué la que cerró con la tapa todo lo que se relaciona con espiritismo, pues desde entonces no me ocupé más en fomentar curiosidad sobre lo que es un verdadero espíritu."

La última manifestación de sugestionabilidad de nuestro sujeto ocurre diez años después. Hallándose en pleno proceso de esquizofrenia paranoide, de más de tres años de duración, cuyos síntomas principales son las delusiones de influencia y persecución atribuídas al rayo y al radio, con abundantes alucinaciones sobre todo verbales, cenestésicas y quinestésicas, se reune a menudo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con tres pacientes que tienen delusiones muy parecidas a las suyas. Cuando esos enfermos son sometidos a la cura convulsivante, no sólo hablan al sujeto de sus impresiones e ideas mórbidas sino del efecto de las inyecciones. Refiere que una tarde se le ocurrió suponer que se aplicaba el nuevo sistema curativo "Desde esa tarde que me puse a pensar en eso y supuse el posible bien que podía hacerme para curarme el sistema nervioso, me propuse no hacer resistencia cuando comenzara a sentir sus efectos. Desde ese día me interesé por ver bien (burlando la vigilancia) cómo eran y cómo comenzaban los remezones del ataque; también me puse a averiguarles qué era lo que sentían en su cuerpo, en su cabeza. Casi todos los síntomas que me decían los sentía yo, pero no juntos como ellos; a mí se me presentaban indistintamente, uno después de otro, en veces faltaban algunos aspectos, según la distancia del rayo y mi estado de preparación del cuerpo. Realmente lo que yo venía sufriendo desde hacía mucho tiempo era ese sistema de tratamiento que me trastornaba por completo, poniéndome en la condición de un enajenado mental. Fué de noche el primer ataque que sufrí, en idéntica forma, con los remezones y la borrachera que les produce a los otros. La primera sensación fué la de aproximación del radio y según se iba acercando sentía la compresión de la cabeza, después vinieron las convulsiones que me quitaron el habla. Por un momento me asusté, pero después comprendí que era el tratamiento que tal vez me iba a salvar la salud. Momentos después me levanté y no podía andar, estaba como embriagado. Al día siguiente me sentí adolorido, como si realmente hubiera recibido el hincón de la aguja. Antes de haber visto los ataques yo pensaba que mi enfermedad era la más terrible que pudiera imaginarse, pues cuando me tomaba el rayo, yo me sentía en un infierno eléctrico y pensaba en los que morían por electrocución, y luchaba por aminorar los efectos del terrible rayo. Al primero que ví cuando le daba el ataque fué a R. y no pude resistir la visión espeluznante del ataque que le arrancaba la vida, desde el grito que dió me suspendió el corazón y se me erizaron los cabellos. Me parecía sentir que ya me llamaban para aplicarme las mismas inyecciones y por fin me vino el ataque idéntico a los que había visto, pero provocado por el radio que, como siempre, me cogió por la cabeza y me remeció hasta el último músculo del cuerpo. Desde entonces me comenzaron los ataques curativos: me dieron varios hasta que de repente ya no sentí ni el rayo ni la nerviosidad general. Yo mismo me sentí completamente curado y estoy deseando probarle que ya no tengo ninguna enajenación mental." En otra ocasión declara: "Por mi estado durante el tiempo que había sufrido la enfermedad, esperaba con valentía que me pusiesen las inyecciones, casi con agrado, porque tenía fe en ellas. Todos aquí les tenemos miedo. Yo escribí una carta a mi esposa.... Yo veía el efecto que tenían las inyecciones en los otros enfermos y lo sentía como si a mí me las pusiesen... Formábamos un grupo con R., F. y C. Conversábamos mucho sobre el radio, que también ellos sentían y cuando les fué desapareciendo la idea, a mí también se me fué borrando." Lo sorprendente es que el enfermo mejoró de modo progresivo hasta comportarse como persona del todo normal. Después de muchas pruebas que acreditaban su bienestar, salió del hospital. Es de advertirse que antes de la remisión fué imposible someterle a prueba psicológica alguna, pues el menor esfuerzo de concentración le producía un desasosiego y un malestar que el paciente no podía resistir. Desde que salió del hospital ha pasado más de un año, tiempo durante el cual

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ha permanecido en la sierra trabajando en minas con plena eficacia, según lo certifica su suegro, dueño de las minas. Ultimamente ha visitado Lima; confirma a nuestro asistente su curación por los ataques ficticios, agregando: "Valgan verdades, ya no tenía esos ruidos del radio tan fastidiosos como cuando fuí internado. Los oía poco y a veces nada. Pero tenía que decir que ya no los sentía absolutamente para que el Dr. D. no me pusiera obstáculos a la salida. He estado muy bien, y hasta ahora sólo siento el radio en el cerebro. Pero de eso no hago caso, ni me impide trabajar, y por último creo que no tiene importancia: no es sino una anomalía".

13. Existen dos anormalidades de la voluntad que a pesar de presentarse generalmente unidas a otros desórdenes, tienen individualidad fenomenológica propia: el sentimiento de falta de voluntad y los actos de querer influídos. El **SENTIMIENTO DE FALTA DE VOLUNTAD** corresponde a la conciencia o convicción engañosa de carencia de poder volitivo. El sujeto en realidad es capaz de ejercitar su querer de manera efectiva, de determinaciones eficaces, pero con la impresión de que no es así, de que no tiene la fuerza positiva necesaria, sin que haya una verdadera anormalidad de la conciencia del yo. Trátase de algo en la vida activa semejante al sentimiento de anafectividad. * Se presenta especialmente en la psicastenia, en la depresión psicógena y en la fase inicial o terminal de la melancólica.

Los **ACTOS APARENTEMENTE INFLUIDOS, IMPUESTOS** o **HECHOS** tienen un origen común y corresponden a grados del desposeimiento o enajenación del albedrío, propio de la esquizofrenia y cuyas manifestaciones principales hemos señalado al tratar de las anormalidades del pensamiento y de la conciencia del yo. Aquí el enfermo tiene la impresión de que alguien interviene en la propia mente, se apodera del gobierno de la voluntad, que en parte deja de ser propia.

"Todos mis actos—dice un esquizofrénico—se realizan por obra del colombiano. En algunas oportunidades no me deja caminar; otras veces no deja que me lleve la cuchara a la boca cuando estoy comiendo; me contiene la mano cuando estoy escribiendo, me desvía las líneas; me hace voltear la cara cuando se le antoja."—Pero Ud. lucha contra esa intromisión.—"Sí, mi ser lucha, pero mis facultades nada pueden contra él y obedecen lo que manda el colombiano".—Otro esquizofrénico describe su experiencia de los actos influídos por medio de aparatos en estos términos: "Así como con instrumentos le ven al hombre los huesos, los intestinos, con eso que llaman rayos X, hay micros-

* "Psicología general y psicopatología del sentimiento", **Actualidad Médica Peruana**, 1936, No 5.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

copios, telescopios y para todo; así también hay aparatos que le conectan a uno y con esa forma lo hacen comer, vomitar, defecar, lo hacen hablar. Así tiene Ud. que me han puesto esta tos y me hacen escupir (el paciente tose y escupe) y así quieren acabar conmigo. Cuando me ven solo me obligan a que me agarre el miembro para hacerme votar (eyacular)".

14. Al tratar del pensamiento hemos estudiado las obsesiones considerando sus caracteres psicológicos y la variedad de formas que ofrece desde el punto de vista fenomenológico y los problemas genéticos que plantea cada caso clínico. Recapitularemos aquí nuestra descripción y trataremos de completar la interpretación de los hechos de acuerdo con las aportaciones ulteriores más convincentes. En efecto, corresponde a la psicopatología de la voluntad no sólo el estudio de las acciones compulsivas, sino el de la obsesión en general, pues hasta en las compulsiones de la percepción, del recuerdo o de la imaginación, lo que falla fundamentalmente es la motivación y la capacidad de inhibición. En todo **ACTO COMPULSIVO** hay una rebeldía incongruente e invencible de determinado contenido de la conciencia. En lugar del orden monárquico de la vida psíquica normal, en la obsesión insurge una imagen, una idea, un temor o un impulso, ocupando, tenaz, el foco de la conciencia; y en lugar de la totalización con que termina o fluye el esfuerzo del espíritu en cada una de sus operaciones aquí queda en suspenso, discordante y triunfante, el móvil anormal, sin motivo racional que le imponga medida, ubicación y término. Esto implica un estacionamiento penoso del curso de la vida consciente, una falta de síntesis entre lo vital y lo espiritual, con una psicomaquia fecunda en círculos viciosos. Sin embargo, el contenido, tan falto de ductilidad cuanto inasimilable al yo y enemigo de su reposo no es experimentado como extraño, como venido de fuera —pese a la afirmación de muchos investigadores—, sino como una fuerza interior desatada, demoníaca, que obliga al yo—preso y a la vez promotor de su influencia—a ocuparse de ella. Si hay sentimiento de extrañeza no es porque se introduzca en la mente algo ajeno sino por lo absurdo de la escena interior y por la misma actitud subjetiva incongruente. BINDER esquematiza la psicología de la compulsión distinguiendo el "psiquismo perturbador" del "psiquismo defensivo". El primero corresponde al contenido incongruente primario y a la participación del yo en la beligerancia de éste—el obsesionado se siente responsable de su obsesión—, el segundo está constituído por la reacción del yo contra el psiquismo perturbador, con el que lucha infructuosamente. La diná-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mica de la obsesión es la resultante del juego de estos psiquismos. STRAUS y VON GEBSATTEL completan el cuadro refiriéndose al mundo del obsesionado, del cual son excluídos sistemáticamente lo apacible, lo natural y lo inocente. Este mundo engañoso—lleno de descomposición, que contamina a la vez que suscita un asco fundamental, diríamos metafísico—, ese mundo o contramundo falaz posee una estructura mágica; en ella señorean las potencias amenazadoras, repugnantes y destructivas, contra las cuales se frustra todo esfuerzo defensivo, en que los actos del obsesionado se repiten sin logro ni avance hacia la perspectiva, la paz y la liquidación de la mente normal. El obsesionado se defiende infructuosamente con procedimientos técnicos y supersticiosos contra los símbolos de la propia pérdida de base de sustentación en la existencia; su ser carece del ritmo propio de quien puede comenzar y concluir, de quien es capaz de rotundidad y perfección, pues al obsesionado le falta el aliento y el **tempo** adecuados a la articulación histórica.

En lo que atañe a su manifestación temporal, las obsesiones pueden ser episódicas, periódicas, habituales o permanentes, invariables o progresivas. Por su génesis, psicógenas o somatógenas. Las psicógenas constituyen la neurosis compulsiva (reacción obsesiva) y la personalidad anancástica (obsesión autóctona). Como veremos al tratar de la psicopatología del carácter, la relación entre la neurosis compulsiva y la personalidad anancástica es muy estrecha, lo cual no excluye la posibilidad de tal neurosis en individuos de personalidad diferente. Tanto como para la neurosis, para el desarrollo compulsivo en el anancástico tienen consecuencias la educación, el medio y los acontecimientos especiales de la vida del sujeto. Las obsesiones somatógenas se presentan en las diversas perturbaciones orgánicas, siendo particularmente dignas de señalarse: las sintomáticas de la fatiga y el agotamiento, la fiebre, las intoxicaciones etc.; la melancolía, la esquizofrenia, la encefalitis epidémica, la parálisis agitante, la esclerosis múltiple, los tumores cerebrales, la arterioesclerosis cerebral, la epilepsia. Aun en estos casos la predisposición personal parece que juega un papel importante. En las manifestaciones de enfermedad orgánica, la obsesión no tiene ubicación central en la vida psíquica del sujeto y compromete poco su afectividad. Esto no ocurre siempre en la esquizofrenia, en la cual a veces las obsesiones tienen carácter grave, aparte de ser muy tenaces; la melancolía también ofrece excepciones a la regla de la superficialidad sintomática.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El caso de un proceso obsesivo permanente que progresa en el curso de 12 años es el de A. S., de 27 años, leptosómico, enfermo de nuestro servicio. De familia psicopática, en cuya rama paterna predominan los irritables y en la materna los deprimidos. S. tiene enuresis nocturna hasta los 7 años. Durante la niñez y la adolescencia es preferido y mimado por la madre y castigado a menudo por el padre, quien en general le trata con mayor dureza que a los hermanos, sobre todo durante sus frecuentes embriagueces, a pesar de que S. es dócil, tranquilo y conciliador. Adoraba cuando niño a su madre, sin aparentarlo y temía a su padre. Para los demás parientes sólo tuvo tibios sentimientos, si no indiferencia. Siempre tímido, se aterrorizaba con los relatos de sucesos sobrenaturales y tenía miedo de los lugares obscuros y solitarios. A los 10 años su carácter experimenta cambios bruscos apreciables: pierde la alegría y la vivacidad; se vuelve taciturno, reflexivo, introvertido; concentra su interés en el estudio y la lectura. Por esa época las escenas domésticas provocadas por el alcoholismo del padre y por las explosiones de su carácter, cada vez más frecuentes, hacen muy penosa la vida en el hogar, en el que comienza a dejarse sentir la estrechez económica. Hasta entonces su inteligencia y su rendimiento escolar son superiores. Muy tranquilo y reservado, evita juegos y deportes y no tiene ningún amigo íntimo. Su distracción favorita es el cinema, prefiriendo las películas en que se exalta la fuerza física y la destreza en la lucha, y la lectura de informaciones acerca del box: se identifica con el triunfador. En materia moral tiene un concepto elevado de la honradez; nunca se apodera de dinero u objetos ajenos y condena los pequeños hurtos que realizan sus hermanos; se aparta de quienes no se comportan como él. Jamás se burla de sus condiscípulos, pero no es ni cariñoso ni compasivo con ellos. A los 13 años sufre uretritis purulenta sin haber tenido contacto sexual. A los 14 se manifiesta cierta deficiencia intelectual, por la cual su rendimiento escolar baja—el alumno brillante, a pesar de todo su celo en el estudio, se torna mediocre. La causa de tal transformación puede ser una caída con conmoción cerebral que sufre ese año.

A raíz del fracaso en los exámenes, con ocasión de la fiesta de Navidad, ve en la iglesia a una joven de la que queda prendado, la señorita C. No trata de aproximarse a ella, contento sólo con poder contemplarla en la calle y con hacer de ella el motivo de sus sueños diurnos. Al año siguiente la mengua intelectual se acentúa: incapacidad de concentrar la atención, sensación de atontamiento y de vacío mental. Se considera derrotado y fracasa de hecho en los exámenes, renunciando para siempre a la prosecución escolar. A comienzos de ese mismo año se inicia la masturbación, que practica dos o tres veces diarias durante ocho o nueve meses, lo que le produce debilidad y abatimiento. Logra reprimir el onanismo porque se siente avergonzado de presentarse a C., encarnación idealizada de la pureza y la perfección, después de practicarlo. Cuando S. tiene 16 años muere el padre, a quien había llegado a odiar de manera abierta. Por entonces, suprimida ya la masturbación, comienza la tortura de las poluciones nocturnas. Se producen con frecuencia acompañadas de sueños eróticos y tienen el mismo efecto que la masturbación: vergüenza respecto de C. y en general de los demás. Le llega a producir desesperación el hecho de no poder evitarlas. Lava los órganos genitales y las manos, cada vez con mayor escrupulosidad, usando al efecto tres distintos jabones; después es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

to no le basta: siente la necesidad imperiosa de bañarse "para recobrar la pureza". El semen es objeto de horror; su contacto es insoportable. Hace al acostarse una atadura en el glande con objeto de evitar que manche las sábanas. Después el temor de contaminación avanza: para no "ensuciarse" evita tocar los genitales, las prendas de vestir que los cubren, el suelo y los objetos situados por debajo de la cintura. Aunque reconoce la falta de motivo de sus temores y lo insensato de sus maniobras, es impotente para descartarlos. Para "evitar contactos desagradables" y con objeto de que no se descubra su anormalidad, se aisla más y más y vive relativamente inactivo, presa de angustiosos sentimientos de invalidez y vergüenza. Con todo, no deja de trabajar en ocupaciones que no tienen relación con la mitad inferior del cuerpo: empleado de imprenta y de pastelería, hasta cuando viene a Lima, hace dos años. El simple contacto con libros y periódicos le produce el sentimiento de impureza y aversión. Después de algunos años ya no le interesan ni la propaganda marxista, que en un tiempo le entusiasmara como a todos sus familiares. Sin fe ni cultura y dominado por un sentimiento de inferioridad frente a sus hermanos a uno de los cuales odia al extremo de pasar años sin dirigirle la palabra y conocidos, abandona su hogar y su ciudad natal, sintiéndose menos mal en Lima por no ser conocido. Se abstiene, sin embargo, de concurrir a espectáculos por imaginar peligros anexos a su fobia. Piensa con frecuencia en el suicidio (y en la manera de consumarlo) como medio de librarse de la esclavitud de su obsesión; sólo le detiene una leve esperanza de mejorar.

La fobia, en el curso de los años, se ha extendido hacia todo lo que puede tener alguna relación con la sexualidad. Confiesa que si se viera obligado a practicar el coito, tal vez llegaría a agredir a la mujer con quien hubiese de realizarlo. Las mujeres no le suscitan ningún sentimiento ni deseo, las observa "como si fueran animales raros". Sus nociones acerca de la vida genital fueron adquiridas principalmente en las publicaciones sobre "educación sexual" (!). Es pertinente anotar el cambio que se opera en los sentimientos de S. respecto de su única hermana, dos años mayor que él. Cuando se enamora de C. comienza a tener respeto hacia las mujeres, inclusive hacia su hermana, cuyo trato esquiva desde entonces. Ella se burla de él al percatarse de algunas de sus manifestaciones anormales. Tal hecho suscita rencor en S., rencor que se convierte en odio invencible cuando ella contrae matrimonio con un sujeto despreciable.

El estado presente de S. corresponde a lo siguiente. Han cesado los ensueños voluptuosos, en que era espectador de escenas en las cuales figuraban mujeres desnudas bañándose en un paraje de río que le recuerda el frecuentado por él en la niñez. Producida la eyaculación sin sueños voluptuosos S. no puede evitarla despertando a tiempo. Precautoriamente, liga el glande con un cordón, pues la fobia relativa al semen se conserva en todo su vigor: preferiría estar en contacto con los objetos más inmundos antes que sentir la humedad del esperma o verificar la mancha en su ropa. El contacto con el suelo y los objetos que tienen relación con el mismo le es igualmente intolerable, por participar de la "impureza del semen". A menudo tiene la obsesión imaginativa de que eyacula sin sentirlo. Aun en ausencia de poluciones, le parece que con el transcurrir de los días se va "impurificando moralmente". Desde hace poco tiempo requiere baño caliente porque el frío no basta para

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

purificarle. Si toca alguna parte inferior de su cuerpo o del vestido que lo cubre se lava las manos durante 10 o 15 minutos, sin secarlas (no usa toalla y cierra la llave del caño con el codo). Por eso se abstiene sistemáticamente de llevar sus manos por debajo de la cintura; las tiene de ordinario juntas en alto o colocadas en las axilas. No utiliza los bolsillos de los pantalones, y si distraídamente coloca algún objeto en ellos, lo deja ahí abandonado definitivamente. No usa pañuelo por no tener que colocarlo en los bolsillos. La fobia de la contaminación se extiende al contacto con otras personas; por lo cual se priva de dar la mano y restringe celosamente su comercio con los demás. Desde hace dos años tiene pavor respecto del panteón, las agencias funerarias, los hospitales, las calles y los lugares sucios. Lo único que le permite vivir es el deseo de recuperar la salud. A veces sueña que está sano, que no experimenta asco y goza al sentirse libre de su esclavitud mórbida y de poder vivir tranquilo. En la actualidad no alienta ningún sentimiento hacia C., cuya idealización jugara un papel tan importante en la génesis de su proceso compulsivo.

La hermenéutica lícita de este caso confirma el criterio antropológico-existencial. En nuestro paciente el asco es una reacción desmesurada, informe, contra la contaminación que se hace ubicua, reacción que a su vez suscita reacciones defensivas. Después de la veleidad amorosa inicial, el mundo de S. y su estar en el mundo se hallan radicalmente deformados por falta de toda relación simpática y de toda justa perspectiva, con la ubicación de cada virtualidad en su sitio y en su objeto particular: ya no es repulsivo sólo lo repulsivo: todo lo que puede tener alguna relación con lo sexual expresa la esencia asquerosa. En la lucha de S. con su mal se sirve de una técnica meticulosa, natural y mágica. Lo hecho no se le presenta como acontecido y liquidado; no hay para nada el sentimiento de seguridad; el sujeto duda de todas sus medidas y precauciones; todo lo repite y sistematiza en una suerte de existencia con programa perenne y resultado incierto, sin avance ni historia.

15. La anormalidad que nos queda por exponer es la **SOBREVALORACION ILUSORIA DE LA PROPIA VOLUNTAD.** Con criterio genético puede considerarse como no autóctona, pero fenomenológicamente entraña alteración de un momento propio del acto de querer. Por el sentimiento falaz de ser dueño de una voluntad extraordinaria, el sujeto cree que de su arbitrio dependen acontecimientos en realidad ajenos a su acción posible, o atribuye una hiperbólica responsabilidad a sus decisiones. La exaltación afectiva, las ideas sobrevaloradas, el pensamiento delusional y el precategorial juegan aquí papel decisivo, pero eso no compromete menos el ejercicio de la voluntad. Hasta en el hombre normal, la discrepancia entre el poder volitivo real y la conciencia del mismo afecta la economía de la acción personal.

Un demente presenil en estado hipomaníaco se considera autor de toda obra humana que suscita su admiración. Se cree capaz de realizar prodigios en el orden artístico y técnico. Está convencido de que puede volar sin apa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rato alguno, con sólo proponérselo; intenta hacerlo y no acepta el fracaso. Asimismo, se considera adivino y cree demostrarlo interpretando a despecho del mentís de la realidad—incólume siempre el sentimiento de su suficiencia. Ha descubierto el valor real del oro y por eso le corresponde buena parte del circulante del mundo entero, del cual puede disponer a su antojo. Superior a todos, nos amenaza con destituirnos si no le complacemos, y la existencia misma de la Sociedad de Beneficencia depende de él, pues de un papirotazo podría destruirla.—Un ex-esquizofrénico nos revela sus experiencias pertinentes al tema en estos términos: "A menudo uno se siente poseedor de cierto flúido magnético que uno trata de reconcentrar en las personas que nos rodean, con el objeto de dominarlas. Aun durante los sueños veía a ciertas personas que no me eran gratas, y empezaba por pretender sugestionarlas. Estos estados me venían acompañados de cierta cantidad de saliva, y algunas veces de gritos; rara vez me he visto dominado por espíritus: siempre confiaba para salir vencedor en la pureza de mis sentimientos... Es interesante consignar la creencia que yo tenía de ser poseedor de alguna influencia en la mirada y de poseer un lunar en los ojos. Recuerdo que un día el empleado C. me impidió que me bañase: por toda respuesta yo evadí mirarlo, pues así no le comunicaba la influencia que yo guardaba en mis ojos, la cual debía servirme para cosas superiores. Añadiendo algo más, asociaba esta creencia al tratamiento que me daba mi madre de «Lunarcito»... Yo trabajaba en favor de la humanidad y el mundo ingrato no reconocía mi labor. Conste que consideraba como radio de mi acción el mundo."

BIBLIOGRAFIA

NARZISS ACH : **Analyse des Willens,** Berlin & Wien, 1935.—ACH : "Zur neueren Willenslehre", **Gefühl und Wille,** Bericht über den XV. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 1936, Jena, 1937.— BARAHONA FERNANDES : **Análise clínica dos sindromas hipercinéticos,** Lisboa, 1938.—HANS BINDER : **Zur Psychologie der Zwangsvorgaenge,** Berlin, 1936.—E. BLEULER : **Lehrbuch der Psychiatrie,** Berlin, 1918.— MAURICE BLONDEL : **L'action,** Paris, 2 ts., 1936 y 1937.—A. BOSTROEM : "Stoerungen des Wollens", BUMKE : **Handbuch der Geisteskrankheiten,** t. II, Berlin, 1928.—OSWALD BUMKE : **Lehrbuch der Geisteskrankheiten,** München, 1936.—THEODOR ELSENHANS - FRITZ GIESE : **Lehrbuch der Psychologie,** herausgegeben von HANS W. GRUHLE & F. DORSCH, Tübingen, 1938.—E. GABRIEL & E. KRATZMANN : **Die Süchtigkeit,** Berlin, 1936.—V. E. FREIHERR VON GEBSATTEL : "Die Welt des Zwangskranken", **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,** 1938, t. 99.—ERICH GRASSL : **Die Willensschwaeche,** Leipzig, 1937.—HANS W. GRUHLE : "Die Psychopathologie" (Die Schizophrenie), BUMKE : **Handbuch der Geis-**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

teskrankheiten, t. IX, Berlin, 1932.—KARL JASPERS : **Allgemeine Psychopathologie,** Berlin, 1923.—JASPERS : **Philosophie,** t. II. **Existenzerhellung,** Berlin, 1932.—GALLUS JUD : **Zur Psychologie der Skrupulanten,** Freiburg (Schweiz), 1935.—EMIL KRAEPELIN : **Pschiatrie,** t. III, Leipzig, 1913.—ERNST KRETSCHMER : **Medizinische Psychologie,** Leipzig, 1922.—K. LEONHARD : **Die defekt. schizophrenen Krankheitsbilder,** Leipzig, 1936.—J. LINDWORSKY, S. J. : **El poder de la voluntad educada según la psicología moderna,** traducción del alemán por José A. Menchaca, S. J., Bilbao, 1928.—WILLIAM McDOUGALL : **An Autline of Abnormal Psychology,** London, 1926.—MAX NACHMANSOHN : **Wesen und Formen des Gewissens,** Wien & Leipzig, 1937.—ALEXANDER PFAENDER : **Die Seele des Menschen,** Halle a. S., 1933.—TH. RIBOT : **Les maladies de la volonté,** Paris, 1910.—E. ROENAU : "Das Gebiet der Perseverationen", **Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1938, t. 162, N° 1-2.—HANN RUPPERT : **Aufbau der Welt des Jugendlichen. Ein Beitrag zur Frage nach der Bildung und Entwicklung des Werterlebens und Wetrbewusstseins in der Reifezeit,** Leipzig, 1931.—CARL SCHNEIDER : **Die Psychologie der Schizophrenen,** Leipzig, 1930.— HERMANN SIMON : **Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt,** Berlin, 1929.—SIMONEIT, ZILIAN, WOHLFAHRT, KREIPE : **Leitgedanken zur psychologischen Erforschung der Persoenlichkeit,** Berlin, 1937.—ERNST SPEER : "Das Problem der Sucht", **Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1937, t. 157, N° 4-5.— WILLIAM STERN : **Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage,** Haag, 1935.—ERWIN STRAUS : "Ueber Suggestion und Suggestibilitaet", **Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie,** 1927, t. 20, N° 1.—STRAUS : "Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangserscheinungen", **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie,** 1938, t. 98 (**Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie,** 1938, t. 90, N° 12-13).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

FORMAS CEREBELOSAS DEL SINDROME DE GUILLAIN-BARRE *

Por J. O. TRELLES y JORGE VOTO BERNALES C.

Entre las entidades que ocupan la literatura neurológica de los últimos años, destaca un conjunto de cuadros clínicos con características señaladas inicialmente por Guillain, Barré y Strohl en 1916. Estos autores llamaron la atención sobre la existencia de un sindrome particular, cuyos elementos capitales eran de orden clínico y humoral : poliradiculoneuritis, a evolución favorable, y con disociación albúmino-citológica del líquido cefalo-raquídeo. Su descripción fué seguida de la de Gordon Holmes y otros clínicos, quienes presentaron igualmente casos de afección del sistema nervioso, con trastornos motores, hiporeflexia tendinosa, acompañados de discretos disturbios sensitivos, en los que el líquido cefalo-raquídeo contenía gran cantidad de albúmina con escasa o nula reacción celular. La evolución favorable de tales casos, no permitía ofrecer los estudios histopatológicos correspondientes. Las comunicaciones de Gilpin y otros neurólogos norteamericanos, despertaron nuevamente la atención sobre este sindrome, en 1936. Una nueva comunicación de Guillain y Barré a la Sociedad de Neurología en 1936, ha precisado los límites del sindrome señalado, ha rectificado extensiones inconvenientes, y proporcionado a los clínicos un esquema bastante caracterizable. La importancia acordada a este tópico en los últimos años, puede estimarse por el hecho de haberse realizado en Bélgica una reunión común de las Sociedades de Neurología, Pediatría, y de Estudios Oto-Neuro-Oftalmológicos, en Diciembre de 1937, en la que el relato oficial estuvo a cargo de van Bogaert y sus colaboradores. Tanto este trabajo de conjunto como las comunicaciones presentadas en esa ocasión, significan valiosos aportes al conocimiento del sindrome en referencia, en cuanto a su sintomatología, etiología,

---

* Comunicación presentada a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal en la sesión del 7 de Diciembre de 1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

diagnóstico y evolución. En algunos casos de excepcional curso fatal, Gilpin primero, luego Fracasi, García y Castañe Decoud, de Argentina, han realizado interesantes investigaciones anatomopatológicas, de las que concluyen que además de las lesiones degenerativas de las células ganglionares, vainas radiculares y nerviosas, y escasos fenómenos inflamatorios de células y fibras, se comprueba alteraciones centrales escasas de tipo vacuolar en las astas anteriores de la medula, que consideran secundarias.

El breve recuerdo de estas dos épocas por las que ha pasado el estudio del sindrome de Guillain-Barré, nos permitirá resumir ordenadamente sus diferentes aspectos.

La sintomatología está dada por trastornos motores de parálisis o paresias, abolición de los reflejos tendinosos, parestesias con trastornos ligeros de la sensibilidad objetiva, dolores a la presión de las masas musculares, modificaciones poco acentuadas de las reacciones eléctricas de los nervios y de los músculos, e hiperalbuminosis notable del líquido cefalo-raquídeo con ausencia de reacción celular, siendo generalmente el pronóstico favorable. Se han descrito gran número de formas inferiores, con ataque de las raíces y nervios periféricos; estas fueron motivo de la comunicación original. Luego formas mesocefálicas puras, con diplejia facial dominante, citadas por van Bogaert y Maere, Guillain y Kreis, Martin y Titeca, y Pinckeney. Formas mixtas espinal y mesocefálica, con compromiso de los nervios espinales y craneales: son las más frecuentes. Además existen las formas estudiadas por Petit, con trastornos mentales; formas infantiles descritas por Ansay, Giraud y Bouduresques, Cohen, Dereux; con edema papilar relatadas por van Gehuchten; con gran sintomatología meníngea, de Rock y Bickel, y de Philips y van Caillie. Se ha señalado también la existencia de ataxia pseudotabética en muchos casos· Guillain y Barré la notaron en sus dos primeras observaciones. Pero ha sido van Bogaert quien llamó la atención en el relato mencionado, sobre la existencia en las observaciones I y VII de su comunicación, de discreta ataxia cerebelosa con temblor intencional en los primeros días de la enfermedad, que considera debe ser el punto de partida para la investigación de formas más francamente cerebelosas, aún no descritas.

En cuanto a la etiología de este sindrome, puede afirmarse que la conclusión a que llegaran sus autores: "Una infección o una intoxicación deben ser invocadas en su etiología", no ha sido variada hasta ahora, a pesar de las repetidas investigaciones realizadas. Su determinación en relación inmediata con diferentes condiciones etio-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lógicas, los intentos fallidos de inoculación, el gran predominio de las lesiones degenerativas sobre las inflamatorias, la tasa elevada de albúmina sin reacción celular, y las experiencias de eliminación radicular del Thorotrast, han permitido a Biemond la elaboración de una concepción etiopatogénica, que juzgamos interesante reproducir: variados agentes tóxicos, así como producen una tumefacción del epitelio tubular de los riñones, con congestión capilar y trasudado de albúmina, podrían igualmente lesionar el epitelio de porciones más o menos extensas del espacio sub-aracnoideo, determinar congestión capilar y trasudación de albúmina a ese nivel; en suma, quedaría establecida una estrecha relación entre la patología renal y esta entidad neuropatológica. La disociación albúmino-citológica, considerada desde Sicard como patognomónica de tumor, puede también hallarse en el curso de algunas polineuritis. Tratando de explicar esa disociación P. Govaerts, Laruelle y Massion-Vernior y y Dagnelié creen que por condiciones mórbidas de variada naturaleza se produce una tumefacción radicular con deficiente circulación del líquido cefalo-raquídeo, en el que habrá una cantidad de albúmina aumentada por el proceso inflamatorio, y cuya concentración por la lentitud de su circulación ofrecerá cifras muy elevadas. Mas tales intentos realizados en el campo de la etiopatogenia de este sindrome, no pueden invalidar la hipótesis planteada por la mayoría de quienes lo han observado, de que se trata de una afección con una etiología específica, sobre cuya naturaleza no es posible todavía hacer afirmaciones.

Los diagnósticos que más se han discutido, son los planteados con la enfermedad de Heine Medin, con las polineuritis de diferentes causas, con las encefalitis llamadas "bajas", así como con las encefalitis del mesocéfalo. El diagnóstico diferencial con la enfermedad de Heine Medin puede ser algunas veces muy delicado, cuando se presentan las formas meníngeas y las polineuríticas de esta enfermedad. Es entonces por las comprobaciones del líquido cefalo-raquídeo y la evolución que sufre la semiología general, que debe establecerse el diagnóstico: en efecto, falta en el sindrome que estudiamos la leucocitosis inicial del líquido cefalo-raquídeo, es muy marcada la albuminosis que en la poliomielitis es fugaz y alcanza límites discretos. Con la encefalitis epidémica se hace el diagnóstico por la frecuencia casi constante de lesiones diencefálicas, y porque las modificaciones del líquido cefalo-raquídeo consisten en hipertensión, hiperglucorraquia y pleocitosis. No obstante, puede en algunos casos pensarse en sindrome de Guillain-Barré, y tratarse

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de una forma "baja" o periférica de encefalitis epidémica, y en cambio, las formas mesocefálicas de aquel síndrome pueden interpretarse erróneamente como encefalitis de esos segmentos nerviosos, siendo necesario que la evolución de las reacciones del líquido cefalo-raquídeo y de la sintomatología precise el diagnóstico. En las polineuritis debidas a causas bien establecidas, además de la diferenciación impuesta por sus condiciones etiológicas, se añaden algunos caracteres clínicos y humorales sobre los que no juzgamos oportuno insistir. Solamente recordaremos los que han permitido eliminar la etiología diftérica: el compromiso velo-palatino, el del recurrente, el de la acomodación y del motor ocular externo, preceden en general al compromiso de otros nervios craneales y periféricos en la difteria, siendo excepcionales las lesiones del trigémino y de ambos faciales.

Guillain y Barré decían en su primera comunicación, que un carácter esencial era la evolución espontánea hacia la curación; llegaron en comunicaciones posteriores a rechazar el diagnóstico de algunos casos bien identificados clínica y humoralmente, por el hecho de que hubieran ido los pacientes al deceso en vez de curar sin secuelas. Ya en el año 1936, estos autores aunque repiten que la evolución debe ser considerada como feliz, aceptan que excepcionalmente pueden algunas circunstancias variar el aspecto frecuentemente favorable del pronóstico.

No queremos terminar este resumen general, sin precisar los alcances que debe darse al llamado síndrome de Guillain-Barré. La revisión de la literatura en que se describe, contiene observaciones que indudablemente guardan una gran semejanza sintomatológica, y ofrecen caracteres francamente distintos de otras verdaderas entidades neuropatológicas. Es justo además aceptar, que aunque condiciones etiológicas variadas hayan sido próximas a la aparición del cuadro clínico, tiene éste en todos una fisonomía particular, probablemente en relación específica con una etiología determinada, es decir, que no estaríamos frente a un síndrome neurológico producido por agentes múltiples, sino a una entidad nosológica, de la que se han observado formas clínicas interesantes, y en la que serán seguramente incluídas algunas otras en el porvenir.

Hemos estimado debidamente los conceptos que reproducimos de van Bogaert y sus colaboradores, sobre la existencia posible de formas cerebelosas típicas, para incluir en el síndrome de Guillain y Barré las observaciones que describimos. En ambas podrá apreciarse la importancia del trastorno cerebeloso frente a los demás

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

componentes del sindrome que han presentado esos enfermos, tan manifiesto que no hemos vacilado en denominar estas formas como cerebelosas, atendiendo las justificadas previsiones del conocido neurólogo belga.

Obs. N° 1.

El primer caso que presentamos se refiere a N. C., de 26 años, sin antecedentes familiares ni personales dignos de anotarse. En los primeros días del pasado mes de Octubre, comenzó a sentir náuseas y sensación vertiginosa intensa que la obligaba a guardar cama, y cuya acentuación en los días siguientes requirió de la consulta de un especialista. A fines de ese mes, esos síntomas habían aumentado de intensidad, y el día 3 de Noviembre cayó al suelo por la inseguridad de su estación de pie, y la fuerte sensación vertiginosa. En la primera semana de Diciembre aparecieron diplopia, fuerte cefalea, parestesias en el lado izquierdo de la lengua, y disturbios de la deglución. Aparte de cierto grado de dificultad en los movimientos del miembro superior izquierdo, la enferma no refiere ninguna otra impresión subjetiva a las ya descritas. En esas condiciones es examinada en el Hospital de San Bartolomé por uno de nosotros, el día 7 de Noviembre, observando hipotonía muscular en el lado izquierdo, ausencia de trastornos motores puros, excepto cierta disminución de la fuerza segmentaria en los miembros del lado izquierdo; los reflejos tendinosos estaban disminuídos en este lado, conservándose normalmente todos los reflejos cutáneos abdominales; dolor a la elongación del nervio ciático en ambos lados, y también a la presión de ese nervio. No se presentaban trastornos sensitivos objetivos en el territorio de los nervios periféricos. Se podía observar nistagmus a la mirada lateral; parálisis bilateral del oblicuo mayor; anestesia en el territorio del V par izquierdo; parálisis del VII par izquierdo, periférica, con compromiso del intermediario de Wrisberg (anestesia en los dos tercios anteriores de la hemilengua izquierda); la sordera se había sustituído por hipoacusia; algias en el territorio sensitivo del IX par izquierdo. Llamaba fuertemente la atención un hemisindrome cerebeloso del lado izquierdo, bien diferenciado, y constituído por hipotonía, dismetría y adiadococinesia, sin temblor intencional; más marcado en el miembro superior de ese lado que en el inferior; tanto las pruebas del índice en la nariz, de la pronación y supinación sucesivas eran francamente positivas en el lado izquierdo y normales en el lado derecho; la estación de pie era imposible, pues la lateropulsión izquierda y el mareo la impedían. En este estado, fué planteado el diagnóstico de tumor de la calota protuberancial, o de encefalitis del mesocéfalo, y ordenado un tratamiento de espera con salicilato y ampucosa y vitamina B1, en tanto que aconsejamos la hospitalización de la enferma y los exámenes que reproducimos a continuación. El examen oftalmológico (Dr. Valdeavellano) hecho el 10 de Noviembre informaba: "Agudeza visual central normal. Campo visual normal. Fondo de ojo: papilas de bordes nítidos, pero congestionados y ligeramente elevados de nivel. Reflejos pupilares a la luz y a la acomodación normales. Diplopia homónima por parálisis del oblicuo mayor del lado izquierdo. Nistagmos horizontal sobre todo en las posiciones extremas de la mirada hacia los lados. No se registra aumento de tensión de la arteria central de la retina." El hemograma hecho el día 7 de Noviembre, concluía: Hematies, 4.080.000; Leucocitos, 3.400;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Neutrófilos 55%: Mielocitos 0, Juveniles O, Abastonados 5, Segmentados 50; Eosinófilos 0%; Basófilos 1%; Monocitos 2%; Linfocitos 42%. Las reacciones de Wasserman y Kahn dieron resultado negativo. Normal el examen de orina. El examen radiológico de la cabeza, no proporcionó ningún dato anormal. Fué practicada la primera punción lumbar el 10 de Noviembre, obteniéndose líquido con tensión inicial de 30 al Claude, y final de 25 cm. (posición echada). El examen citoquímico dió el siguiente resultado: Albúmina 0,50 por mil; Globulinas 0; Cloruros 4,68; Glucosa 0,80; Células por mm3. 0; Reacciones de Wassermann y Kahn negativas. Curva del benjuí coloidal: 000000012222210.

En las dos últimas semanas del mes de noviembre, la mejoría de la enferma fué evidente: desaparecieron la cefalea, las parestesias faciales y de la lengua, y la sensación de mareo era más tolerable.

Examen del 14 de Noviembre: la motilidad activa y pasiva normal en los cuatro miembros para los movimientos parciales; la fuerza segmentaria disminuída en los miembros del lado izquierdo, sobre todo en el miembro superior, el tono muscular disminuído, predominando el trastorno en los miembros del lado izquierdo. El siguiente era el estado de los reflejos tendinosos: los reflejos bicipital, tricipital, radial, cubital, de adducción, rotuliano y aquileo, disminuídos en el lado izquierdo y normales en el lado derecho; los reflejos nasopalpebral y mentoniano, normales; no se produjo el del orbicular de los labios. Reflejos cutáneos abdominales, vivos en ambos lados; Babinski en flexión bilateral. Función cerebelosa: persiste el hemisindrome del lado izquierdo, pero predomina en el miembro inferior actualmente hipotonía, caída del pie izquierdo las piernas en flexión, dismetría en las pruebas del dedo en la nariz y del talón en la rodilla, adiadococinesia en las pruebas de los marionettes, y de la pronación y supinación sucesivas. En cuanto a los pares craneales, olfación normal; visión central correcta; el examen de la motilidad ocular reveló paresia a la convergencia del recto interno izquierdo, así como déficit en la mirada oblícua inferior externa de ambos ojos (véase nuevo informe del especialista); hipoestesia tactil discreta en la región hemifacial izquierda y parestesias constantes en esa zona; paresia del facial en el lado izquierdo; audición normal, más esporádicamente sensación vertiginosa; sensación dolorosa y de quemadura en la mitad izquierda de la lengua; los otros pares craneales parecían indemnes.

El nuevo examen oftalmológico el 16 de Noviembre, informaba: "Agudeza central y campos visuales normales. Fondo de ojo de aspecto normal. Reflejos pupilares a la luz y a la acomodación normales. Insuficiencia esporádica de la convergencia, sobre todo del ojo derecho. Diplopia homónima por parálisis del oblicuo mayor izquierdo. Paresia del oblicuo mayor derecho. No se registra aumento de tensión de la arteria central de la retina."

Comprobado este estado de la enferma, se practicó el 17 de Noviembre la segunda punción lumbar, obteniéndose líquido con tensiones de 30 y 25 cm. antes y después de extraer líquido respectivamente; el examen citoquímico concluía: Aspecto, cristal de roca; Sedimento, nulo; Albúmina, 0.30 por mil; Globulinas 0; Cloruros 7.; Glucosa 0.60; Células por mm3. 0; la curva del benjuí coloidal fué: 00000.02221.11110.

Se fué acentuando la mejoría de la paciente, ya no acusaba en los primeros días de Diciembre mareos, ni diplopia, y era ya posible la marcha nuevamente, sin ayuda ajena. El examen que practicamos el 5 del pte., nos reveló la motilidad

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

activa y pasiva normal en los cuatro miembros; fuerza segmentaria conservada; hipotonía muscular en el miembro inferior del lado izquierdo; los reflejos tendinosos del miembro superior más vivos en el lado derecho; los abdominales vivos; Babinski en flexión; por el contrario en los miembros inferiores, los reflejos tendinosos estaban más vivos en el lado izquierdo, y el aquileo era policinético. No se comprobaron trastornos sensitivos. En cuanto a los trastornos cerebelosos, no encontramos ahora ataxia de los miembros superiores ni de los inferiores; solamente el signo de Stewar-Holmes fué francamente positivo en el lado izquierdo. Todavía presentaba la enferma nistagmos a la mirada lateral derecha, en el ojo izquierdo, y también del mismo ojo a la mirada lateral izquierda; persistencia de paresia del oblicuo inferior izquierdo, con diplopia provocada solamente a la mirada inferior externa; V par normal; mioclonias faciales y sensación de tensión en el lado izquierdo de la cara; paresia del velo del paladar en el lado izquierdo; normal la investigación de otros pares craneales.

En resumen, en una paciente de 26 años evoluciona bruscamente un sindrome caracterizado por la aparición en el lado izquierdo, de signos laberínticos, anacusia, parálisis facial, parálisis del oblicuo mayor y del recto interno, parálisis velo-palatina, anestesia trigeminal, **hemisindrome cerebeloso neto,** muy ligeros disturbios sensitivos, disminución de los reflejos tendinosos; en el lado derecho solamente ha presentado parálisis del oblicuo mayor. Además, cefaleas, fotofobia, náuseas, dolores, edema papilar; cuadro que ha evolucionado sin compromiso grave del estado general, en apirexia, y cuyos síntomas han aparecido sucesivamente y desaparecido casi regularmente en el orden de su aparición; con disociación albúmino-citológica, pues hubo aumento de la cantidad de albúmina sin reacción celular, con precipitación del benjuí coloidal en la zona derecha.

A la observación precedente en que un hemisindrome cerebeloso franco dominaba el cuadro clínico creemos poder juntar otro caso con signos cerebelosos ligeros que tuvimos ocasión de seguir y aunque en él no pudimos, por la oposición del paciente, sancionar el diagnóstico con la punción raquídea, la sintomatología, la evolución del cuadro clínico, fueron tan netamente dentro de la descripción hoy clásica de Guillain y Barré que no vacilamos en incluirlo aquí:

Obs. N 2.—M. C., comerciante, de 40 años, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Comienza su enfermedad el 2 de Febrero de 1932, con criestesias generalizadas, sensación de debilidad muscular en los miembros inferiores, y luego dolorabilidad espontánea de las masas musculares, sobre todo del raquis. En las dos semanas siguientes apareció parálisis del facial derecho, que precedió en pocos días a la parálisis del VII par del otro lado. Los dolores eran tan intensos que requirieron en alguna ocasión inyecciones de morfina. Se presenta luego marcha de ebrio que se acentúa en el curso del mes de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Marzo, hasta impedirle levantarse del lecho. Sentía gran dificultad para mover sus brazos, piernas y aún la cabeza. Este cuadro evolucionó en apirexia. Apareció en las semanas siguientes dificultad en la coordinación de los movimientos, visión nublada, y sensación de endurecimiento o tensión en las extremidades distales de los miembros. Fué hospitalizado y tratado como un proceso infeccioso, realizándose los exámenes siguientes: Examen de sangre: Hematies 4.600.000; Leucocitos 8.200; Neutrófilos 77%; Mielocitos 0, Juveniles 0, Abastonados 12, Segmentados 65; Eosinófilos 0; Basófilos 1; Monocitos 6; Linfocitos 16. Las reacciones de Wasserman y Kahn en la sangre fueron negativas. La cantidad de úrea en la sangre fué de 0.60 %. En esta ocasión el enfermo rechazó la punción lumbar. Se observó mejoría en el curso de un mes de estada en la Clínica, de la que salió y fué examinado por uno de nosotros el 22 de Marzo, encontrando los siguientes datos: enfermo en decúbito, con disartria, llama poderosamente la atención su diplejia facial, presenta cuadriparesia ligera con hipotonia, aunque todos los movimientos son posibles; está disminuída su fuerza muscular segmentaria; abolidos los reflejos tendinosos de los miembros inferiores; ligeros disturbios de la sensibilidad superficial, ataxia, dismetría y adiadococinesia francas en las diferentes pruebas. Excepto el compromiso de los dos faciales, los pares craneales se encuentran normales. Nuevamente recomendamos una punción lumbar, que fué igualmente rechazada por el enfermo. Solicitamos un examen oftalmológico, cuyo informe decía: "Agudeza visual central normal. Es hipermétrope del ojo izquierdo y ya es présbita de él. Campos visuales normales. Reflejos pupilares normales a la luz y a la acomodación. Motilidad ocular normal. Parálisis del orbicular de los párpados de ambos lados. Fondo de ojo de aspecto normal."

En estas condiciones el paciente fué sometido a un tratamiento anti-infeccioso, con salicilato glucosado y vitamina B1 fuerte, además de electroterapia facial.

Dos meses después de la aparición de este cuadro, el enfermo comenzó a reanudar la marcha, luego la movilidad de algunos sectores de ambos faciales. En la actualidad, diez meses después del inicio de su enfermedad, se ocupa con toda facilidad en su trabajo habitual, que requiere considerable esfuerzo físico, y solamente refiere como patológico, discreta paresia del orbicular de los labios que le impide silbar, ligero temblor de los párpados en el lado derecho, y lagrimeo.

En resumen: enfermo con una poliradiculoneuritis, con diplejia facial, con disturbios cerebelosos, de evolución favorable en el curso de dos meses, y sin condición etiológica verificable.

Creemos que los casos que hemos relatado son los primeros que se presentan entre nosotros de esta entidad, y consideramos conveniente llamar la atención sobre su existencia. Se ha presentado en el primero de ellos compromiso de varios pares craneales, incluso del VII par, con disminución de los reflejos tendinosos del lado izquierdo, leves disturbios sensitivos y manifestaciones generales discretas además de un hemisindrome cerebeloso bien acusado, con disociación albúmino-citológica del líquido cefalo-raquídeo, siendo fa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vorable su evolución. En el segundo, eran igualmente manifiestas la diplejia facial y la cuadriparesia, así como la hiporeflexia tendinosa de los miembros inferiores y síntomas de orden cerebeloso en los cuatro miembros. Tanto la sintomatología de ambos casos como la confirmación aportada para el primero de ellos por el examen del líquido cefalo-raquídeo, no dejan duda sobre su identidad con el sindrome de Guillain y Barré. Pero lo que ha reclamado más nuestra atención, ha sido la nitidez del sindrome cerebeloso que han presentado. Hemos descrito en la primera observación la existencia de hipotonía en los miembros del lado izquierdo, de dismetría y adiadococinesia en las pruebas realizadas con esos miembros, síntomas que han dominado en el cuadro clínico de la enferma. En el segundo caso, comprobamos igualmente dismetría y adiadococinesia acentuadas, pero extendidas a los miembros de ambos lados.

Hemos juzgado interesante insistir sobre esta clase de manifestaciones tan evidentes en los casos que comunicamos, pues anteriormente sólo la dismetría pasajera y el temblor intencional sirvieron a van Bogaert y colaboradores para pensar que era posible que esta entidad diese lugar a un cuadro cerebeloso más neto y persistente.

La existencia de síntomas de la serie cerebelosa, justifica la hipótesis de que se produciría en algunos casos un desborde lesional, no circunscribiéndose únicamente el proceso a los nervios y las raíces. El agente que determina este interesante cuadro, no se limitaría selectivamente a lesionar las raíces y los nervios, sino que aparte esta frecuente localización, sería también capaz de llegar a los centros nerviosos y determinar a su nivel lesiones en relación con sintomatología diferente. En la actualidad tal hipótesis no cuenta con suficiente verificación anatómica, pues los escasos exámenes que han podido hacer Gilpin, y Fracasi, Garcia y Castañe Decoud, no revelan sino lesiones de carácter secundario en los centros nerviosos, que consisten principalmente en degeneración vacuolar de las astas anteriores. En cambio la clínica ha permitido suponer esta extensión lesional, como lo prueban algunas de las observaciones citadas.

Si invocamos en el caso del síndrome de Guillain y Barré una extensión a primera vista injustificada, es porque se ha demostrado para otras enfermedades del sistema nervioso central la existencia de formas periféricas—tal la encefalitis de von Economo—, y para enfermedades aparentemente del sistema periférico la presencia de formas centrales perfectamente comprobadas anátomo-clínicamente. Nos referimos al zona, entidad en la que con gran acierto han podi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do incluir Lhermitte, André-Thomas, Wolwihl, algunas formas de mielitis a virus zoosteriano; en esta afección primitivamente referida como una radiculo-ganglionitis, se presentan también alteraciones de la medula en relación con verdaderas poliomielitis zoosterianas y aun fenómenos de compromiso protuberancial según han demostrado los autores citados, que hacen discutible la selectividad lesional del agente etiológico. Nosotros hemos observado igualmente un caso de encefalitis zoosteriana, en que era evidente la participación del virus del herpes-zoster caracterizada por un episodio previo de dolor troncular con vesiculación correspondiente en el territorio del abdominogenital derecho.

La existencia de la sintomatología cerebelosa no solamente añade una nueva forma a las ya descritas del síndrome de Guillain y Barré, sino que puede considerarse como un argumento en favor de su apreciación como entidad neuropatológica y no como un síndrome. Presentes algunos de los síntomas habituales y las características cito-químicas del líquido céfalo-raquídeo que se encuentran en el cuadro frecuente de las poliradiculoneuritis, la comprobación de trastornos cerebelosos netos concomitantes con los síntomas de lesión periférica, argumentan en el sentido de que se trata de una enfermedad cuyo agente puede lesionar, además de las raíces y troncos nerviosos, otras porciones distantes del sistema nervioso central.

BIBLIOGRAFIA

JOSEPH ANSAY : "Contribution a l'etude du syndrome Polyradiculc-nevritique de Guillain et Barré chez l'enfant", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVII, p. 311, 1937.—J. A. BARRE : "Considerations diverses sur le syndrome de Poly-radiculonevrite avec dissociation albumino-cytologique", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 313, 1938.—A. BIEMOND: "Quelques remarques sur l'etiologie de la maladie de Guillain-Barré", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 281, 1938.—LUDO VAN BOGAERT, F. PHILIPS, J. et M. A. RADERMECKER et Th. VERSCHRAEGEN: "Essai sur un groupe epidemique des cas de poly-radiculonevrite avec disssociation albumino-cytologique du liquide cephalo-raquidien (type de Guillain et Barré), chez l'enfant et chez l'adulte", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 151, 1938.—LUDO VAN BOGAERT et M. MAERE: "Les polyradiculonevrites craniennes bilaterales avec dissociation albumino-cytologique", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 215, 1938.—

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BOUDIN: "Les polyradiculo-nevrites généralisées avec dissociation albumino-cytologique", Tesis de Paris, 1936.—COHEN: "A propos de trois enfants presentant certains caracteres du syndrcme de Guillain-Barré", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 306, 1938.—JACQUES DAGNELIE: "Remarques sur quelques observations de polyradiculonevrite avec dissociation albumino-cytologique", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 282, 1938.—DEREUX: "A propos d' un cas anormal de poliomyelite anterieure aigué chez un enfant", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 228, 1938.—T. FRACASI, D. GARCIA y A. CASTAÑE DECOUD: "Las poli-radiculo-ganglio-neuritis generalizadas", **Revista Argentina de Neur. y Psiq.,** T. III. p. 1, 1938.—PAUL VAN GEHUCHTEN: "Un cas de plyradiculonevrite avec dissociation albumino-cytologique et oedeme de la papille", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 212, 1938.—P. GIRAUD et J. BOUDURESQUES: "Radiculonevrite avec dissociation albumino-cytologique du liquide cephalo-raquidien chez l'enfant", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 256, 1938.—GILPIN, MOERSCH y KERNOHAN: "Polyneuritis. A clinical and pathological study of a special group of cases frecuently reffered to as instances of neuronitis", **Arch. of Neurol.,** T. XXXV, p. 937, 1936.—P. GOVAERTS: "Le syndrome de polyradiculite avec hyperalbuminose massive", **Le Scalpel,** T. LXXVII, p. 985, 1924.—G. GUILLAIN: "Radiculonevritis with acellular hyperalbuminose of the cerebrospinal fluid", **Arch. of Neurol.,** T. XXXVI, p. 975, 1936.—G. GUILLAIN, J. BARRE et A. STROHL: "Sur un syndrome de radiculonevrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Remarque sur les caracteres cliniques et graphiques des réflexes tendineux", **Bull. et Mem. Soc. Med. Hosp., Paris,** T. XL, p. 1462, 1936.—GORDON HOLMES: "Acute Febrile Polyneuritis", **British. M. J.,** II, p. 37, 1917.—LARUELLE ET MASSION: "Contribution au syndrome polyradiculo-nevritique de Guillain-Barré", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVII, p. 635, 1937.—P. MARTIN y J. TITECA: "Diplegie faciale curable", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 217, 1938.—RISER et PLANQUES: "Les polyradiculonevrites aigües", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 264,1938. —HENRI ROGER ET JACQUES BOUDURESQUES: "Quelques reflexions sur le syndrome de Guillain-Barré", **Journ. Belge de Neur. et Psych.,** T. XXXVIII, p. 243, 1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CATATONIA EXPERIMENTAL PRODUCIDA POR COCAINA

Por **CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA y HUMBERTO ROTONDO**

La concepción de la catatonía experimental fué establecida en 1928 por los psiquiatras H. DE JONG y HENRI BARUK. Desde entonces, por el interés verdaderamente apasionante que este método de estudio y su teoría tienen para la Psicopatología y Psiquiatría Experimental, las investigaciones se han sucedido sin discontinuidad y existe hoy un enorme material de trabajos experimentales y doctrinarios.

Las substancias catatonizantes que hasta este momento se han descubierto son las siguientes : bulbocapnina, somnífeno, uretano, mescalina, cumarina, harmina, banisterina, cardiazol, adrenalina, acetilcolina, insulina, toxinas colibacilares, tuberculosa, tífica y estreptocócica y ciertas bilis. También en la orina se ha encontrado una substancia catatonizante, cuya estructura química es aun desconocida, a la cual se ha dado el nombre de catatonina. A esta serie ya larga podemos agregar dos nuevos agentes cuyo efecto catatonígeno fué demostrado por nosotros: los principios activos de una daturácea peruana llamada vulgarmente tohé, y la coramina.

Basta una elemental revisión de todos estos productos para advertir que pertenecen a grupos farmacodinámicos muy diferentes e incluso antagónicos entre sí; en consecuencia, la creación de un nuevo grupo de modificadores del sistema nervioso, cuyo efecto esencial sería la producción de catatonía o de catalepsia, ofrece muy serias dificultades. Un gran número de los catatonizantes que hemos mencionado pertenecen a grupos muy bien establecidos. Para hacernos una idea más exacta de ellos vamos a diseñar su clasificación provisional.

En primer término encontramos los catatonizantes que pertenecen al grupo de los hipnóticos; estos son: la mescalina, el somnífeno y el uretano; tengo, además, conocimiento de un típico pero fugaz estado cataléptico determinado por el evipán sódico en el ser humano, en el curso de una narcosis. En segundo lugar se nos ofrecen los catatonizantes convulsivos, que pertenecen al conocido

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

grupo farmacológico de las substancias convulsivantes y excitantes del sistema nervioso; en este lugar encontramos el cardiazol, la coramina y la banisterina. Luego viene el interesante grupo de los catatonizantes del grupo de las hormonas, con la adrenalina, acetilcolina e insulina. Finalmente, en último término, el grupo de los catatonizantes de origen bacteriano, constituído por substancias de naturaleza completamente desconocida: las toxinas tífica, tuberculosa, colibacilar y estreptocócica.

La variedad estructural de estos compuestos no constituye, en nuestro sentir, obstáculo para formar de ellos, o por lo menos de los más caracterizados, una entidad taxonómica especial dentro de los modificadores del sistema nervioso central, aun considerando el criterio formulado recientemente por DE JONG, para quien "la catatonía experimental es una reacción frecuente del sistema nervioso central, independiente de la fórmula tóxica"; en efecto, a todos los grupos clásicos se les puede hacer la misma impugnación. Pero si es de importancia advertir que no todas estas substancias tienen igual poder catatonizante, pues algunas sólo producen estados de estupor o de excitación y sólo muy excepcionalmente una catatonía típica y durable. Por ejemplo, nuestras observaciones nos indican que la harmina casi no la produce en el perro y en el gato y que la coramina misma, aun con ser mucho más activa que la substancia precedente, goza de escaso poder catatonígeno. Los catatonizantes de acción más poderosa son al mismo tiempo convulsivantes, lo cual establece una relación muy significativa entre epilepsia y catatonía. De todas estas substancias es la bulbocapnina la que tiene efecto más intensivo, pues este alcaloide produce la acción catatónica más constante y durable; ahora bien, la bulbocapnina es, a fuerte dosis, un convulsivante enérgico. El cardiazol es también un convulsivante de acción catatonígena muy poderosa. Esto no quiere decir, sin embargo, que todos los convulsivantes tengan la propiedad de producir catatonía; en uno de nuestros trabajos anteriores hemos señalado la singular relación que existe entre las acciones farmacológicas mesencefálicas y aquella; sobre todo el hecho —que en nuestro sentir esclarece mucho el mecanismo íntimo de la catatonía experimental, y sobre todo de la catalepsia del mismo origen—de que todos los convulsivantes catatonígenos sean los convulsivantes mesencefálicos (1).

(1) C. GUTIERREZ-NORIEGA, La Catatonía Experimental, Actualidad Médica Peruana, T. IV, N° 2, 1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estas consideraciones son oportunas en referencia al alcaloide cuyo efecto catatonizante damos a conocer en este trabajo, la cocaína. Es también un convulsivante de acción mesencefálica, lo cual fué demostrado en los trabajos de RIESSER y SIMONSON.

Hace mucho tiempo que los farmacólogos se han ocupado de la acción de la cocaína sobre el sistema nervioso central y han señalado estados depresivos que acompañan a las convulsiones. Sin embargo, sea por falta de observación prolija y metódica, o por desconocimiento de la catatonía experimental, que es, como ya vimos, adquisición relativamente reciente, tales estados depresivos no fueron bien valorizados y no se les dió importancia. Nuestros estudios revelan, en cambio, que la reacción catatónica es una de las propiedades más típicas, interesantes y originales de la cocaina y que constituye, en realidad, la manifestación principal de la cual dependen sus otros efectos neurológicos.

El hallazgo de la acción catatonígena de la cocaína fué verificado en el laboratorio de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas; en cierta oportunidad tratábamos de demostrar a nuestros alumnos la acción convulsivante de la cocaína en dos perros: a uno de ellos se le inyectaron, progresivamente, hasta 4 cgrs. del alcaloide por vía endovenosa, recibiendo el otro 2 cgrs. por kilo por vía subcutánea. Sólo en el primero se manifestaron convulsiones moderadas, y luego experimentamos la grata sorpresa de ver una intensa catalepsia en ambos animales. Desde entonces proseguimos las observaciones y los resultados son los que a continuación describimos.

El fenómeno más típico, aunque no constante, que la cocaína produce a altas dosis (de dos a cuatro centigramos por kilo) es la **catalepsia,** con flexibilidad cérea o conservación pasiva de actitudes (ver figs. 1). Se presenta antes o después de las convulsiones y es más profundo en los casos en que este último trastorno falta. El gato es el animal más apropiado para determinar esta reacción y la vía subcutánea es el mejor medio de penetración de la droga, pues la endovenosa expone a serios peligros. En el perro es menos frecuente la aparición de catalepsia, porque reacciona más fácilmente con **status epilepticus** que puede producir la muerte, o bien con estados de agitación motriz de que vamos a ocuparnos luego. La catalepsia producida por cocaína es tan profunda y característica como la producida por la bulbocapnina.

En segundo lugar se encuentra en los animales catatonizados por cocaína las mismas alteraciones de la actitud espontánea y de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la iniciativa motriz que es dable verificar con otros catatonizantes. La pérdida de la iniciativa motriz es tan completa que se puede estimular con pinchazos o corrientes eléctricas al animal o incluso lesionarlo, sin que adopte reacciones de huída o de defensa (v. fig. 2). El negativismo activo o pasivo es igualmente evidente.

Las **hipercinesias** constituyen las reacciones sobresalientes y más singulares de la catatonía cocaínica. Las hipercinesias son

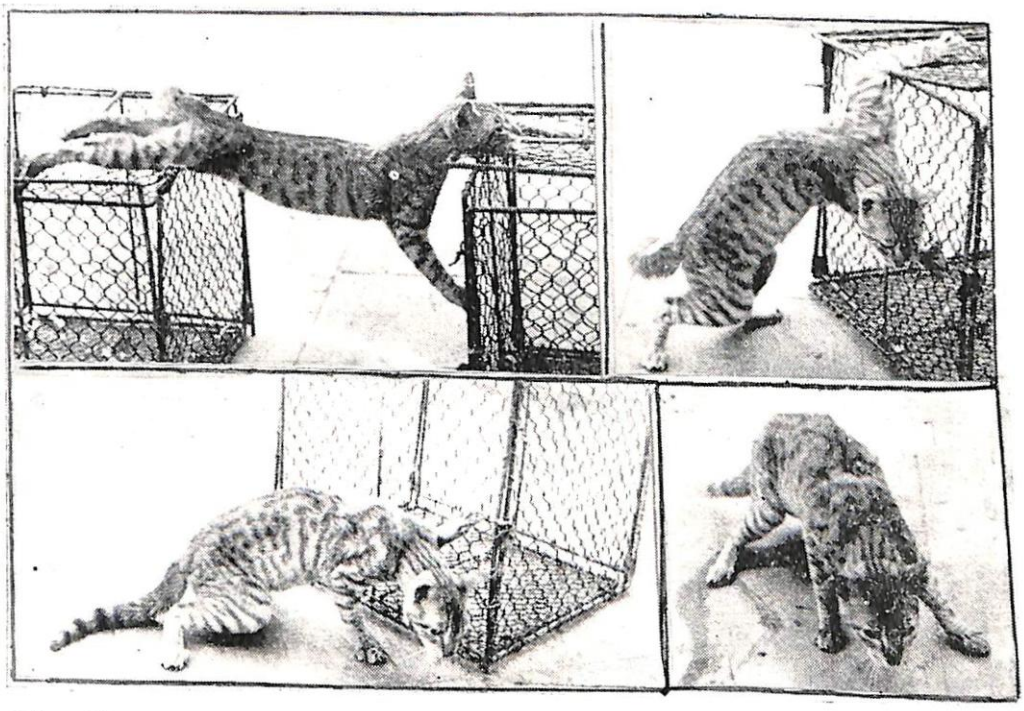

Fig. No. 1.

Estado cataléptico determinado por la cocaína en un gato. Cada una de las fotografías corresponde a las actitudes más típicas de un movimiento muy lento que verifica el animal para escapar de una posición incómoda y de equilibrio inestable en que fuera colocado. Tal posición puede apreciarse en la primera fotografía de la serie, donde aparece suspendido entre dos soportes; en la segunda y tercera se aprecia el pausado esfuerzo que verifica para desprenderse de su posición inestable, y en la cuarta la actitud final de equilibrio, típicamente catatónica. El intervalo de tiempo transcurrido entre la posición 1 y la 4 es aproximadamente de media hora.

frecuentes en otros tipos de catatonía, pero en el caso de la cocaína que estudiamos es a veces el fenómeno más ostensible. En algunos casos sólo se aprecia una reacción motriz sin catalepsia, especialmente en los perros; ellos corren incesantemente sin dirección ni propósito definidos, o bien dan vuelta siguiendo amplios círculos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

(movimientos de circo). Otras veces se observa que la precipitada carrera es interrumpida para dar una serie de vueltas en torno de un círculo de corto radio; este fenómeno se repite muchas veces. En otros casos el animal cocainizado gira en torno de un eje imaginario que pasa entre sus miembros posteriores (movimientos de minutero); o bien, lo que es más curioso, una de sus patas posteriores, asentada firmemente en semiflexión, sirve de eje y punto de apoyo, y en torno de ella rota incesantemente todo el cuerpo (v. fig. 3). En los estados de intoxicación más avanzada, que se manifiestan con alte-

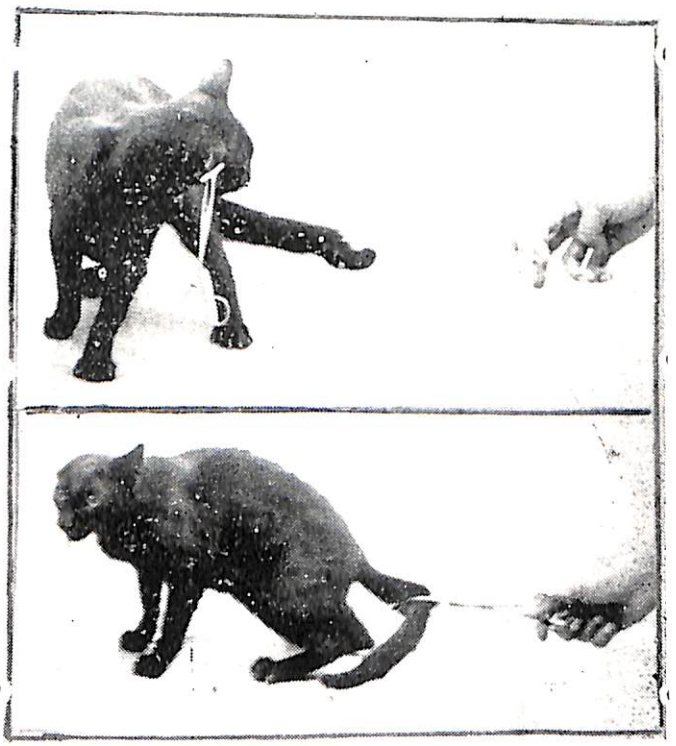

Fig. No. 2.
Gato catatónico por acción de la cocaína; se advierte la pérdida completa de la iniciativa motriz porque no intenta fugar aunque se le pinche fuertemente la cola.

ración concomitante de las funciones de equilibración, el animal da vueltas, siempre del mismo lado, sobre el eje anteroposterior del cuerpo (movimientos de tonel o de rotación). Todas estas alteraciones son muy típicas de la cocaína y no se presentan, por lo menos con igual frecuencia y nitidez, con otras substancias catatonizantes. Para comprender su significación debemos recordar que corresponden, con gran aproximación, a los movimientos forzados que se presentan en las lesiones unilaterales de la protuberancia, pe-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

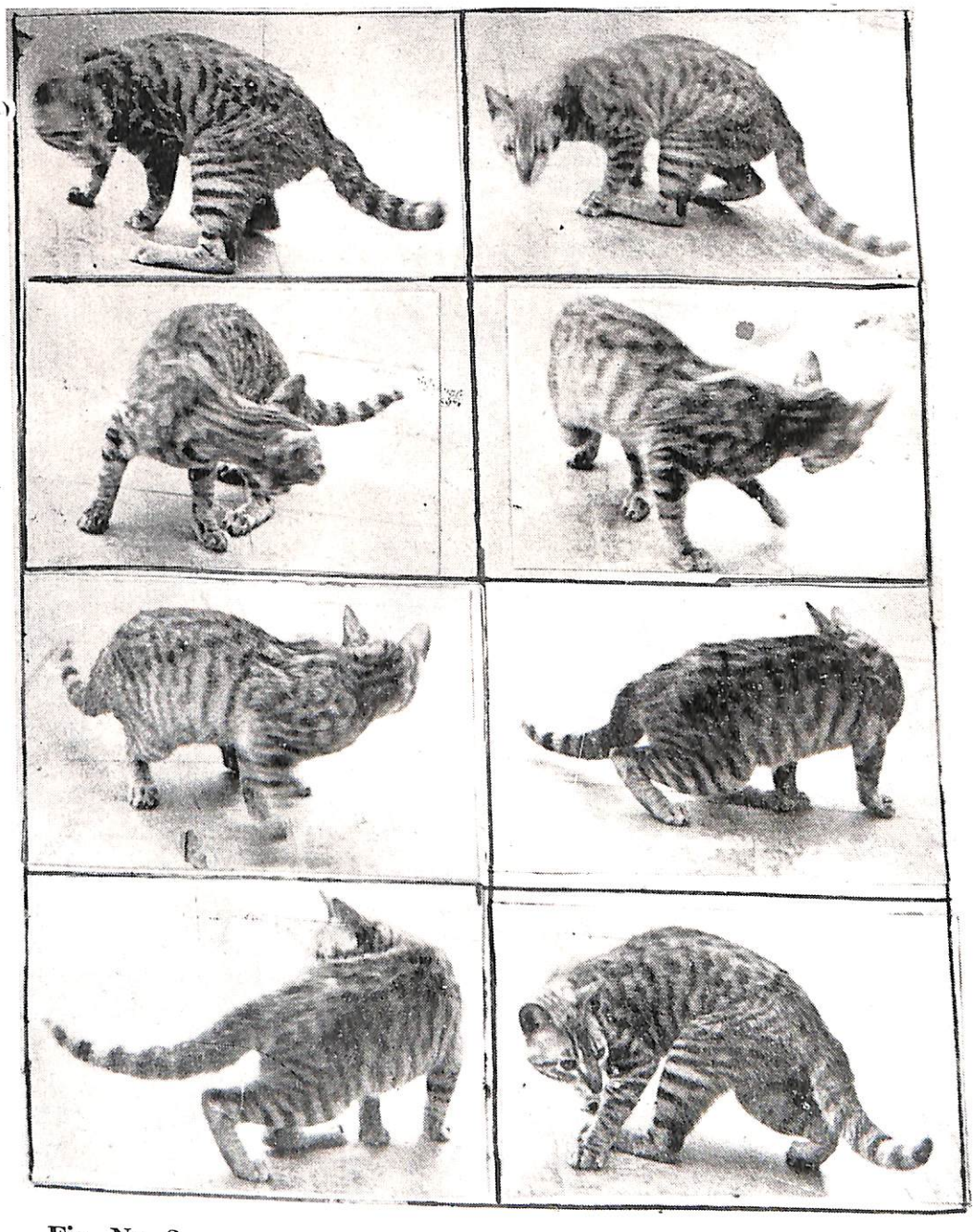

Fig. No. 3.

Gato cocainizado con movimientos de minutero; la extremidad posterior izquierda semiflexionada sirve de eje de rotación. Esta estereotipia motriz se desarrolló durante media hora. Es un fenómeno muy constante en el curso de la catatonía producida por la cocaína.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dunculos cerebrales y cerebelosos, y que se conocen con los nombres de **movimientos de picadero, movimientos de minutero y movimientos de rotación.** Todas estas reacciones motoras pueden presentarse con y sin catalepsia.

Los animales cocainizados presentan también autismo y distimias; no hemos observado, sin embargo, las manifestaciones de furor que se presentan en la catatonía de coramina, cardiazol o bulbocapnina; las distimias cocaínicas consisten en estados de apatía o de angustia tranquila; otras veces el animal parece sobrecogido de terror, adopta una actitud de encogimiento e inmovilidad y mira atemorizado lo que acontece en torno suyo sin cambiar de posición aun cuando se le estimule a ello. Las alteraciones neurovegetativas son también muy ostensibles, principalmente midriasis y sialorrea; es muy singular que un alcaloide que estimula el ortosimpático, como es la cocaína, suscite en estas circunstancias efectos antagónicos, como se manifiesta en la fuerte sialorrea que en este caso no sería sino uno de los múltiples componentes del proceso cataléptico.

Finalmente hay profundas perturbaciones de la sensibilidad, que no dependerían del efecto analgésico local del alcaloide; se trata de fenómenos completamente diferentes. Con el cardiazol y con la bulbocapnina hemos advertido iguales disturbios sensitivos, que consisten principalmente en una mengua o abolición de la sensibilidad dolorosa. Es verdad que en algunos casos este fenómeno depende de la pérdida de la iniciativa motriz más que de la falta de sensibilidad, y así en muchas experiencias vimos animales que lanzaban fuertes gemidos y que volvían la cabeza hacia el miembro lesionado sin cambiar de sitio; pero también debemos mencionar otras experiencias en que se sometió al animal a una verdadera vivisección sin la menor protesta ni reacción dolorosa. No creo que estas alteraciones sean de origen periférico, por el efecto que la cocaína tiene sobre las terminaciones sensitivas, pues la cantidad de alcaloide para producir una analgesia general tendría que ser mucho mayor. En nuestro estudio antes citado sobre la catatonía experimental, señalamos la pérdida o mengua de reacción a los estímulos dolorosos (corriente eléctrica, compresión, incisión de la piel, pinchazos, quemadura, etc.), como uno de los fenómenos más típicos y constantes de la catalepsia farmacológica de los animales. Consideramos que se trata de una manifestación sumamente compleja, que reclama nuevas indagaciones y que por lo menos cabe diferenciar lo que corresponde a los factores corticales de la sensi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bilidad de aquello que es propio de los factores subcorticales de la misma. Estudios ulteriores a este trabajo, que publicaremos en breve, nos enseñan que la aparente hiposensibilidad de los animales catalépticos depende, siquiera en parte, de un efecto depresivo de las substancias cataleptizantes sobre los núcleos subcorticales y sobre el mesencéfalo, asientos de las reaciones defensivas—componentes muy probables de los instintos de conservación individual—a los estímulos nociceptivos.

A fin de evitar confusiones debemos mencionar ciertos estados de excitación afectiva y motriz que se desarrollan en los animales, en particular en los perros, por acción de moderadas dosis de cocaína, y que no tienen estricta relación con la catatonía, pues durante las mismas no se pierde el contacto con el mundo circundante ni se llega a producir la flexibilidad cérea; tal es el caso de la alegría y de la embriaguez cocaínicas.

CONCLUSIONES

Las observaciones que acabo de enumerar, verificadas en una serie de perros y gatos, nos enseñan que con la cocaína se produce todo el síndrome característico de la catatonía experimental: en consecuencia, este alcaloide puede contarse, con el cardiazol y la coramina, en el grupo de los **catatonizantes epileptógenos.** Además, son manifestaciones típicas y muy frecuentes de la catatonía cocaínica los movimientos rítmicos de picadero, de rotación y de minutero, siendo los más constantes estos últimos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA POR EL CARDIAZOL *

Por **FEDERICO SAL Y ROSAS**

Nuestras experiencias sobre la aplicación del Cardiazol en el tratamiento de la histeria, nos llevaron tempranamente a ensayar aquel analéptico en la farmacodiagnosis diferencial Epilepsia-Histeria, frente a los síndromes paroxismales atípicos.

En el curso de estos nuevos ensayos descubrimos un hecho singular: en la mayor parte de los casos de epilepsia, desde la primera aplicación del Cardiazol, había una visible mejoría del cuadro clínico: atenuación y distanciamiento extraordinarios de los ataques, y cambio favorable de los síntomas intercríticos. Sobre esto habíamos anticipado algunos hechos y consideraciones en nuestra anterior comunicación. ** Ya por entonces habíamos iniciado experiencias de tratamiento en epilépticos confirmados (el 10.VI.38. empezamos la aplicación del C. en nuestro primer caso); y como quiera que en la actualidad, con algunos casos más y con mejoras de técnica, nuestra observación lleva camino de desenvolvimiento sistemático, hemos querido dar a conocer nuestros primeros resultados, no tanto por su valor pragmático inmediato frente al mal comicial (no hemos logrado todavía ninguna remisión indiscutiblemente cabal), sino por el hecho de revelar un aspecto desconocido, y, en cierto modo, discordante, del método de VON MEDUNA.

En la ya extensa bibliografía sobre cardiazolterapia que nos ha sido posible revisar, no hemos encontrado ninguna referencia sobre este efecto del C., que tiene algo de heteróclito dentro de los funda-

---

* Trabajo hecho en el Consultorio de Higiene Mental del Servicio del Dr. **Honorio Delgado**, y presentado a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, sesión del 7.XII.38. Es una nota preliminar de nuestro trabajo "El Cardiazol en la epilepsia", que preparamos para las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, de marzo de 1939.

** "El tratamiento de las neurosis por el Cardiazol", comunicada también a Soc. de Neuro-Psiq. y Med. Legal, y publicada en la **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938, N° 4.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mentos teóricos de la terapéutica por el pentametilentetrazol. A. LEROY en **Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie,** 1938, N° 5, refiere la acción favorable del método convulsivante en "algunos casos de distimia colérica de los epilépticos", pero no menciona ningún resultado sobre la crisis comicial misma. *

Estos nuevos hechos pueden tener, según creemos, repercusiones importantes en la terapéutica y la patogenia de la epilepsia y en la comprensión del mecanismo curativo del shock cardiazólico. En cuanto a lo primero, con la incorporación de otras medidas técnicas en el futuro, habría la posibilidad de suprimir de modo absoluto los ataques, meta en que fijamos nuestras más ardientes esperanzas. De no ser factible esto, la investigación se encaminaría a reducir los accesos a un mínimum compatible con la actividad productiva y la vida social, teniendo en cuenta la circunstancia de producir experimentalmente accesos moderadores, siquiera por la vía substitutiva, de las crisis espontáneas.

En el campo de la patogenia de la epilepsia, rodeada aun al presente de misterio e incertidumbre, vendría el nuevo fenómeno a sumar datos quizá trascendentales en el descubrimiento del mecanismo del ataque comicial. Igualmente, afirmaría, a nuestro juicio de modo definitivo, el concepto original de Meduna de que el modo de acción terapéutico del ataque provocado en la esquizofrenia, se debería a un antagonismo biológico de ésta con la epilepsia.

Además, debemos apuntar ya desde este momento que la acción favorable del Cardiazol en la epilepsia—como hubimos de decir también con respecto de las neurosis—parece no ejercerse exclusivamente por medio del ataque provocado, pues son numerosos los casos en que el cuadro epiléptico se modifica a raíz de inyecciones sin efecto convulsivo.

Estos y otros hechos, bastante imprecisos todavía, por lo mismo que se trata de hallazgos sin precedente, exigen la sanción de una experiencia más extensa y duradera; por ahora nos limitamos a exponerlos tal como se han presentado a nuestra observación, sin tratar todavía de interpretarlos ni ubicarlos extrictamente, empresa ésta que corresponde al futuro.

* Durante la discusión de este trabajo en la sociedad ya mencionada, el Prof. Dr. Delgado dijo que conocía referencias de efectos análogos observados por algunos autores extranjeros, pero de modo no sólo fortuito, sino también aislado, sin intento de sistematización. El Prof. Trelles citó un caso semejante observado por él y sus colaboradores. (Véase el número anterior de esta **Revista,** pp. 603-4.)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Los ocho casos que presentamos * corresponden al Dispensario de Higiene Mental que funciona anexo al servicio del Prof. Delgado. De ellos sólo los dos primeros son de epilepsia sintomática; los demás presentan el cuadro del **morbus sacer** genuino, incluso el fondo metal típico.

Como quiera que nuestros resultados han surgido incidentalmente en el curso de las pruebas de diagnóstico por el Cardiazol, en algunos casos nos hemos limitado a la obtención del ataque con la dosis mínima; pero en la mayor parte de los enfermos hemos seguido un verdadero tratamiento a través de varios meses, habiendo llegado hasta hoy en el caso II al 26° ataque provocado ** y en el caso I, al 16° ataque.

La técnica empleada es la usual del método convulsivante, con ligeras modificaciones, inspiradas por nuestro doble objetivo, diagnóstico y terapéutico: inyecciones intravenosas de Cardiazol, 10%, 1cc. por segundo; en la mayor parte de los casos, las sesiones son semanales, por requerirlo así el fin diagnóstico; en otros hemos seguido después el régimen clásico de dos aplicaciones por semana. Hemos establecido como cantidad inicial 2cc. de C., subiendo o bajando la dosis en las siguientes sesiones semanales, hasta obtener la crisis con la cantidad mínima indiscutible. (Debemos citar de paso el hecho de haberse producido ataque con medio centímetro cúbico en una enferma muy desnutrida).

Hemos tratado de establecer con exactitud el ritmo accesional anterior al Cardiazol, lo mismo que la calidad y grado de las manifestaciones somato-anímicas concomitantes; y hemos hecho día a día durante el tratamiento, a la vez que el registro de los síntomas motores, el del estado de humor, sociabilidad, espontaneidad y capacidad productiva, apetito y sueño. Además, hemos apuntado diariamente las variaciones del régimen medicamentoso, sobre todo de los sedantes. En algunos de nuestros enfermos hemos suprimido de modo absoluto el uso de medicación anticonvulsiva; en otros (gentes de trabajo que acuden al Dispensario en busca de alivio inmediato) hemos seguido administrando el sedativo (feniletilmalonilúrea) todos los días, excepto la víspera y la mañana del día de la inyección; finalmente en otros hemos permitido el barbitúrico sólo en

* Cuando damos este trabajo a la imprenta, el número de casos en estudio llega a 21. Estos y los nuevos admitidos hasta el 1° de febrero, constituirán el material de nuestra comunicación a las Jornadas de marzo próximo.

** El 23.XII.38., terminamos el tratamiento con la 29a. crisis provocada.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

los casos de grave exacerbación del mal, con privación completa fuera de estos accidentes. Esto mismo nos ha servido para clasificar a nuestros enfermos en los siguientes grupos: 1° casos con supresión de sedantes; 2° casos con administración casi constante; y 3° casos con administración episódica y oportunista del anticonvulsivo.

He aquí algunos datos de la condición pre-terapéutica de nuestros enfermos: * La edad máxima es de 41 años, y la mínima, de 13; fuera de estos extremos, la edad media de nuestros pacientes es de 21 años. La edad de comienzo de la enfermedad es máxima en el caso IV (35 años) y mínima en el caso II (6 años); fuera de estos extremos, la edad media del inicio es de 17 años.

El estudio de la herencia descubre una fuerte carga patológica en todos nuestros enfermos. En cuanto a la personalidad premórbida, es francamente anormal en 6 casos y más o menos normal en 2.

En referencia al cuadro clínico, las manifestaciones accesionales consisten en grandes ataques y crisis de **petit-mal,** excepto el caso VI que no presenta estas últimas, y el caso IV, en que han desaparecido los grandes ataques desde algunos meses antes del tratamiento convulsivante. El cuadro intercrítico está constituído en todos por la clásica distimia explosiva. (En el caso VII hay además ansiedad). En 3 casos hay manifestaciones de psicosis epiléptica intermitente.

He aquí un breve resumen de las historias clínicas, clasificadas en 3 grupos, según el criterio ya expuesto.

PRIMER GRUPO

Casos con privación completa de sedativos

CASO I. J.R.P., 17 años, soltera, blanca. La abuela materna y la madre padecen de jaqueca. El padre irritable. De 14 hermanos, 8 de carácter más o menos anormal, entre ellos 5 de personalidad psicopática de tipo irritable-epileptoide; 7 muertos: una de eclampsia, una de colitis a los 6 meses de nacida y 2 gemelos nati-muertos. En la historia personal: "fiebre perniciosa" a los 2 años, con convulsiones. Muy mimada. Psicología pre-mórbida: irritabilidad explosiva, asociada a precocidad intelectual. Escolaridad normal de 8 a 10 años, hasta el segundo año de primaria.

LA ENFERMEDAD: A los 10 años tiene una afección febril diagnosticada de tifus al principio y de tifoidea maligna después por varios médicos. En el curso de este proceso se instala un cuadro accesional epileptiforme, con grito inicial pérdida completa del conocimiento y convulsiones tónico-clónicas localizadas

* Véase el cuadro N° 2, al final de estas páginas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

solo a la mitad izquierda del cuerpo. Al fin del período febril, que duró 40 días, las convulsiones epilépticas se generalizan a ambos lados del cuerpo, y al mismo tiempo la enferma pierde de modo absoluto la capacidad de articular palabras: se expresa solo por ademanes; comprende la conversación de otros, y hace esfuerzos para articular, logrando solo lanzar gritos inarticulados o grupos de fonemas ininteligibles ("como si hablara en idioma desconocido"). La afasia motriz completa duró un año. La recuperación verbal fué muy dificultosa, reproduciendo el aprendizaje de la primera infancia. Hasta hoy hay dislalia que se acentúa con las emociones.

Los ataques se han producido sin interrupción hasta el presente. Hay dos tipos de accidente motriz: el gran ataque, que se presenta sin aura, de un minuto de duración y todas las características del acceso comicial, y las crisis de petit-mal que consisten ya en ausencias asociadas a mioclonias y rigideces, ya en cualquiera de estos 3 síntomas aislados o combinados irregularmente. Los ataques de gran mal se repiten cotidianamente, dos a cuatro veces, sobre todo por la noche, sin faltar un solo día. Las crisis de **petit-mal** se producen igualmente todos los días, pero a cada rato, a veces cada 10 minutos. El promedio de estos accidentes en 7 días de observación retrospectiva es de 42 por día.

La enferma presenta signos degenerativos: talla pequeña, asimetría facial, estrabismo, facies inexpresiva, distaxia y dispraxia manuales, sobre todo en el lado derecho. En la esfera mental hay obtusión, gran bradipsiquia, carácter y conducta anormales: amorfa, prolija, explosiva; hábitos, gustos y aficiones infantiles. Ausencia de libido sexual y de inquietud amatoria. No obstante, conservación de los sentimientos familiares y de la conciencia moral, en grado apreciable.

APLICACION DEL CARDIAZOL: Al principio empleamos el C. sólo con fin diagnóstico. El 10.VI.38., inyectamos 2cc. de C. en 60" (no conociamos todavía la escala propuesta por el Dr. Trelles). A los 45" presenta contracciones tónicas desordenadas, sin alteración apreciable de la conciencia, pero con gran excitación psicomotriz, de tipo ansioso. Esta primera inyección produce un efecto terapéutico inesperado: en las 24 horas que median entre la primera y las siguientes sesiones, se suprimen de modo absoluto los ataques y se alejan considerablemente y disminuyen de intensidad los accesos de **petit-mal**. Esa noche tomó una oblea (luminal 0.10) y en la mañana del día siguiente, otra. La segunda inyección, 2cc. en 3" produce tos traqueal, contracciones desordenadas de los miembros y de la cabeza, con leve alteración de la conciencia. En el intervalo de esta sesión a la siguiente presenta 4 accesos de P. M.; ningún ataque. A partir de este día se suspende el uso del luminal. En la tercera sesión se le aplica 4 cc. en 5" (error del personal) que origina el primer ataque convulsivo. En la siguiente sesión se administra 2cc. en 2", de resultado negativo, e inmediatamente después, 3cc. en 3", con lo que se obtiene embotamiento de la conciencia, contracciones desordenadas, de más de 20 minutos de duración. En este punto creemos concluída la experiencia diagnóstica, y en vista de los efectos favorables obtenidos sobre los ataques espontáneos, resolvemos continuar el uso del C. a dosis convulsivante, ya con fin terapéutico. Se suprime sistemáticamente el luminal, y se autoriza su uso solo en casos de extremada gravedad, que debe ser declarado y apuntado en la cartilla. Al día siguiente de la séptima sesión (21.VI.38.), después de 11 días de descanso, reaparecen los ataques que se producen en número de 4, en días seguidos. Con la quinta inyección se su-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

primen completamente los accesos durante 4 días. Hasta el 26 de setiembre, en que aplicamos la 16a. y última inyección, los accesos se presentan muy de tarde en tarde. El 18 de octubre, con motivo de un proceso supurativo del párpado, hay fiebre alta y 20 ataques subintrantes. Del 23 de octubre al 14 de noviembre tiene bronquitis fétida, y durante todo ese tiempo se ausentan casi absolutamente las crisis. En la actualidad estas se presentan muy espaciadamente pese a la abstinencia de luminal. Comparando la curva de ataques de las etapas co y post-cardiazólicas con la de la anterior al cardiazol, se encuentra una gran diferencia. Tan notable es ésta, que la enferma y la familia se muestran sorprendidas y reconocidas a nuestra intervención; y—hecho singular—es la paciente misma la más empeñada en venir al hospital, a despecho de lo penoso del tratamiento.

Pero quizá tan notable como la modificación del cuadro motor es la del anímico-caracterológico: desde las primeras inyecciones desaparecen casi completamente la irritabilidad e impulsibidad, la inestabilidad y la inercia y amorfia afectivo-activa. La enferma se torna alegre, sociable, con disposición a los quehaceres, aunque el defecto de la mano derecha la imposibilite dedicarse eficientemente a ellas.

Resumen: Epilepsia sintomática (posiblemente originada por encefalitis) de 7 años de duración, en personalidad anormal de tipo inestable-epileptoide. Antes del Cardiazol: grandes ataques, todos los días, dos a cuatro veces. **Petit-mal:** a cada instante, por término medio 42 diarios. Trastornos del desarrollo somato-psíquico y gran distimia explosiva. Desde la primera inyección de C. (sin efecto convulsivo) gran modificación de la intensidad y ritmo de los ataques (de 3.14 grandes ataques y 42. P.M. al día, redúcense a 0.33 ataques y 1.46. P.M. al día) y mejoría del cuadro psicológico intercrítico, significando una transformación del carácter y de la conducta.

CASO II. M.V.V., 13 años, mestiza (Bi). Los cuatro primeros hermanos mueren en la primera infancia, uno de ellos al nacer. De los 4 vivos, la mayor sufrió de parálisis infantil a los 2 años. M. V. nació en 1925; el parto demoró 4 días; la niña fué extraída violentamente en estado de asfixia; durante un mes estuvo agónica. Primer desarrollo normal, excepto la dentición, precoz (a los 3 meses); en la segunda dentición los nuevos dientes brotaron superpuestos a los anteriores. Niña muy enfermiza (enteritis a repetición, anorexia) y delgada. Temperamento infantil: retraída, llorona, sumamente colérica e impulsiva (pataletas), indócil, mentirosa, caprichosa. Escolaridad desde los 6 años, muy interrumpida por la enfermedad, conducta regular, aprovechamiento mediocre. — Menarquia a los 13 años, reglas irregulares. Enfermedades: enteritis de los 9 meses hasta los 3 años; sarampión a los 3 años; caída de una escalera (sin pérdida del conocimiento) a los 6 años; amigdalectomía (sin amigdalitis) a los 8 años, como intento terapéutico para curarla de los ataques.

LA ENFERMEDAD: A los 7 años tiene un episodio de onirismo, con alucinaciones visuales y exaltación afectiva terroríficas, tras el cual presenta un ataque convulsivo de tipo epileptiforme, con pérdida más o menos completa de la conciencia y convulsiones tónicas y clónicas del lado izquierdo del cuerpo. Estas crisis persisten hasta hoy y alternan con accesos de **petit mal**, consistentes en rigideces o mioclonias (siempre del lado izquierdo) o ambas manifestaciones a la vez, con ligera alteración de la conciencia y generalmente caída al

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

suelo. Como manifestaciones intercríticas presenta alucinaciones e ilusiones visuales y auditivas de contenido terrorífico. El fondo psicológico y la conducta se muestran francamente anormales: irritabilidad e indocilidad extremadas; impulsibidad destructora y agresiva; falta de afecto a los familiares e imbecilidad moral; inestabilidad, y, consecutivamente, incapacidad de actividad sistemada y productiva. A la vez, suma impresionabilidad, con propensión a la distimia terrorífica.

Los ataques se repiten con intervalos de días o de semanas, según las vicisitudes de la múltiple y variada intervención médica realizada hasta venir a nuestro servicio. En los 3 ó 4 días anteriores a la menstruación los ataques mayores se producen cotidianamente y resisten a toda medicación. Los accesos de **petit-mal** se producen todos los días, generalmente varias veces.

Desde junio de 1938 se agudiza la enfermedad: los grandes ataques se producen todos los días, 3 a 4 veces. Los de P. M., cada 10-15-30 minutos, todos los días, y varias veces durante la noche, por lo que la enferma permanece en cama, incapacitada para toda actividad, incluso la marcha y la pedestación. La medicación anticonvulsiva aun a grandes dosis, se muestra impotente o modifica muy levemente el cuadro.

Los datos clínicos y de laboratorio más importantes son: peso 41 kgr., talla 1.46 m.; pierna y brazo izquierdos de diámetro inferior a los del lado opuesto; deformación del pié izquierdo. Test de Sante de Sanctis: insuficiencia mental entre los grados intermedio y leve. Radiografía del cráneo: deformación del seno frontal y pared orbitaria. Los exámenes serológicos de la sangre y sero-citoquímico del líquido céfalo-raquídeo y la investigación de parásitos en las heces resultan negativos.

EXPERIENCIA CON EL CARDIAZOL.—El 26.VIII.38. le aplicamos 2 cc. de Cardiazol en 2", con fin diagnóstico, produciéndose un fuerte acceso convulsivo. Esta inyección, cuyo resultado confirmara nuestro diagnóstico de epilepsia, produce un efecto terapéutico inesperado: en los 7 días que median entre la primera y segunda sesiones no se ha presentado ningún ataque, y los accesos de P. M. se presentan sólo en número de 9 en todo ese tiempo, habiendo transcurrido los días 2°, 4°, y 5° en completa calma. Además, a partir del segundo día se modifican notablemente el humor y la conducta: la niña se muestra más tranquila y obediente, se presta espontáneamente a ayudar en los quehaceres domésticos, si bien con algunos episodios de mal humor e indocilidad de antes. La mejoría de los síntomas motores la hace abandonar el lecho, y camina en la casa sin la ayuda y constante vigilancia a que antes estuviera sometida. El 2.IX.38, segunda aplicación de C., 2cc. en 5" con resultado negativo (la enferma toma 0.20 de luminal en los 3 últimos días). En los días siguientes hay desaparición absoluta de todo acceso. En vista de este efecto sorprendente resolvemos continuar el método convulsivante, ya con fin terapéutico, 2 veces por semana. Se suspende total y definitivamente toda medicación oral desde el 2.IX.38.—El 5.IX.38, tercera sesión, 2cc. en 2", con resultado positivo. Los 4 días siguientes se produce un ataque (el primero después de tres días de calma) y de 3 a 7 P.M. al día. Los accesos cambian de tipo: duran sólo segundos y la enferma se pone en contacto inmediato con la realidad. Hemos seguido en esta forma un prolongado tratamiento convulsivante, dos veces por semamana; en la actualidad está en el 26° ataque cardiazólico, realizado antier 5.XII.38. En más de tres meses bajo este régimen se ha mantenido la notable

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mejoría lograda al principio, como puede verse en la gráfica y los cuadros que ofrecemos al final. Hay paralelamente un verdadero cambio anímico y espiritual: la enferma se muestra dócil, afectuosa, mejor dispuesta a la actividad hogareña, con manifestaciones de sensatez de que antes careciera casi por completo.

Resumen: Epilepsia sintomática, originada posiblemente por traumatismo craneano en el nacimiento, de 6 años de duración. Antes del Cardiazol: grandes ataques, con convulsiones tónico-clónicas de la mitad izquierda del cuerpo, todos los días, 3 a 4 veces. Accesos de P. M., a cada instante, impidiendo la enferma toda actividad y aun el equilibrio, por lo que permanece ella en cama. Desde la 1a. inyección de C., gran modificación del cuadro accesional, del fondo psicológico y de la conducta, que significan el abandono de la distimia explosiva y de la inestabilidad; la niña se torna alegre, dócil y sociable. De 3.90 ataques, que es el promedio diario antes del Cardiazol, bajo la influencia de éste desciende a 0.35 ataques por día.

CASO III. A. M., 23 años, soltera, mestiza (Ib.), pícnica, madre irritable, padece de jaqueca. Personalidad pre-mórbida: esquizotímica, irritable.

Padece de ataques de epilepsia genuina desde hace un año: grandes accesos todos los días, raras veces interdiariamente, y más de 2 veces al día; crisis de P.M., cotidianamente, 2-4 a 5 veces. Distimia colérica y explosiva, con insociabilidad. No ha tenido tratamiento médico anterior. El 14.X.38., primera inyección de C., 2cc., con resultado negativo. Después de la inyección, durante todo el día y la noche no se produce ningún accidente paroxismal. Al día siguiente, un gran acceso espontáneo y ninguno de P.M. En los días siguientes hay una transformación notable del cuadro: desaparecen de modo completo los ataques, incluso los de P. M.; mejoran el humor, la capacidad de trabajo y la sociabilidad. No ha tomado ningún medicamento, a excepción de una sola oblea de luminal de 0.10gr., al día siguiente del último acceso. Todavía el 10 de noviembre, después de 19 días de descanso, entre la 2a. y 3a. sesiones, se produce un nuevo y último ataque espontáneo. Hasta antier, 5 de diciembre, en que hacemos la última observación, esta remisión extraordinaria se mantiene: se ha producido sólo un acceso de P.M. el 17 de noviembre. Se le ha administrado 4 inyecciones de C. en 45 días, con producción de 2 accesos típicos. Dosis mínima convulsivante, 3cc., en mujer de 57 kgr. de peso. Hasta hoy se mantiene el cambio favorable del carácter logrado en las primeras inyecciones.

SEGUNDO GRUPO

Casos con administración casi constante de sedativos

La medicación consiste en obleas de luminal, 0.10 gr., 2 al día, hasta la antevíspera de la sesión semanal).

CASO IV. P. Q., 41 años, casado, indio, leptosomo-pícnico. La madre padece de jaqueca. Personalidad pre-mórbida más o menos normal: esquizotímico, tranquilo. Padece de ataques de epilepsia genuina desde hace 6 años, con gran-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

des ataques de 1 a 3 días por mes, y 3 a 5 veces al día; accesos de P. M. todos los días, 5-7 veces por término medio. Desde hace 6 meses (se ha venido tratando desde hace 2 años en este Dispensario) se suprimen los grandes ataques, pero persisten las crisis de P. M., en número de 3-5-7 al día, rebeldes a toda terapéutica. En estas circunstancias recibe la primera inyección de C., 2cc., el 21.X.38., con resultado negativo. Ese día desaparecen las crisis, habiendo experimentado el día anterior 7 de las mismas. En los 7 días de intervalo de la 1a. a la 2a. sesiones, hay un solo acceso de P. M.; los grandes ataques siguen ausentes. Entre la 2a. y 3a. sesiones (todas sin resultado convulsivo) hay un solo día de reposo, presentándose en los demás de una o dos ausencias. Entre la 3a. y 4a. sesiones, hay un solo acceso en 7 días. Entre la 4a. y la 5a. hay solo 2 días de reposo. Entre la 5a. y la 6a., hay 5 días de reposo; entre la 6a. y la 7a., cuatro días. En ninguno de los días de accesos, éstos han sido en número mayor de dos. El resultado favorable obtenido, que puede apreciarse en la gráfica, corresponde a 5 sesiones en que no se ha producido ningún ataque convulsivo. En 35 días de experimentación hay 16 crisis de P. M. La mejoría del cuadro convulsivo se acompaña de un cambio favorable de carácter, mayor sociabilidad y aptitud para el trabajo.

CASO V.—C. de V., 22 años, casada, mestiza (Bi). Abuela materna irritable; padre alcohólico intermitente, con embriaguez patológica; madre de carácter violento. Personalidad pre-mórbida anormal, de tipo explosivo. Padece de epilepsia esencial desde hace 4 años, con grandes accesos cada 3 ó 4 días, a veces en días seguidos, generalmente 3 a 4 veces al día, y en ocasiones hasta 10. Además, accesos de P.M., con uno o dos días de intervalo, 1 a 2 veces al día. Casi nunca pasa un día de reposo. El tratamiento anticonvulsivo tiene escasa o ninguna influencia en el curso de este régimen accesional. Hay un verdadero estado intercrítico de irritabilidad explosiva, con impulsos de agresión, incluso intentos de homicidio.

El 21.X.38., primera inyección de C., 2cc., con resultado negativo. En las 3a., 4a. y 5a. sesiones no se obtiene efecto convulsivo; en la 6a., con 3cc., y en la 7a., con 2.5 cc., lo obtenemos. Los resultados son los siguientes: en 45 días de aplicación del C. (hasta 5.XII.38) los ataques espontáneos se producen solo dos veces, y los de P.M., solo 6 veces, y muy espaciadamente (promedio de ataques por día antes del C.: 2.41; de P. M.: 1.07. Después del C. estas cifras descienden respectivamente, a 0.04 y 0.13. Hay además un considerable cambio de carácter, presentándose la distimia solo distanciada y fugazmente, con incremento del tono vital y mayor espontaneidad productiva.

CASO VI. M. de T., casada, 25 años, blanca, leptosómica. Padre epileptoide, alcohólico crónico, con embriaguez patológica; madre nerviosa; de 7 hermanos, 2 muertos en la primera infancia y 3 de carácter epileptoide, una de ellas epiléptica. La enfermedad empieza a los 13 años (epilepsia esencial.) Grandes ataques, de 4 a 7 al día, con intervalos irregulares. No presenta crisis de P. M. Con la medicación anticonvulsiva los ataques se producen casi siempre solo un día al mes, generalmente en las proximidades del catamenio, pero siempre de 3 a 6 al día. Ultimas crisis: el 12.IX., seis ataques; el 24. X., tres ataques. El carácter se torna extremadamente irascible, impulsivo, con intento de agresión a la madre. Su mentalidad es típicamente epiléptica, incluso la prolijidad y la viscosidad. El 26.X.38., primera inyección de C., 2cc., con resultado nega-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tivo. En las dos sesiones siguientes se produce ataque cardiazólico. Entre la 1a. y 2a. sesiones aparecen dos ataques espontáneos, los únicos que hemos observado en 29 días (la enferma declara que ellos son de menor intensidad que antes del C.) Las reglas se presentan entre la 2a. y 3a. sesiones, sin acompañamiento de ataque. El estado anímico mejora apreciablemente, aunque las crisis coléricas se hacen presentes con alguna frecuencia e intensidad; en cambio hay mejor disposición para el trabajo.

En el presente caso no puede apreciarse claramente la acción del C. en vista de que los ataques se presentan habitualmente solo en un día al mes, casi el tiempo de toda nuestra experiencia. Acaso haya más bien una mayor frecuencia accesional durante el C., ya que los últimos accesos se producen el 24.X.38., dos días antes de la primera sesión, y los ataques de la etapa cardiazólica se presentan sólo 10 días después. Sin embargo, comparando el promedio de los 9 ataques en los 44 días pre-cardiazólicos conocidos, y los dos ataques de la etapa cardiazólica, habría diferencia favorable (0.20 ataques por día en la primera y 0.07 en la segunda) mas, como se comprende, estas cifras, por el escasísimo tiempo de observación, no tienen un significado clínico serio y estable.

TERCER GRUPO

Casos con administración fortuita de sedativo

(Obleas de 0.10 gr. de luminal, sólo los días de gran exacerbación paroxismal).

CASO VII. P. F., 23 años, soltera, mestiza (Bi), leptosómica. Abuelo materno, madre y una hermana epileptoides; un tío materno zurdo; 6 primos maternos gemelos. Iniciación verbal a los 6 años; enuresis hasta los 8 años. Personalidad pre-mórbida, esquizotímica, de temple lábil. Padece de ataques epilépticos desde los 19 años; en los dos primeros años presenta solo ausencias; en los 2 restantes, ausencias y grandes ataques. Estos cada 4-10-15 días, varias veces al día, con frecuentes episodios de **status epilepticus;** las ausencias se presentan invariablemente todos los días 1-2-3 veces. Además presenta episodios de psicosis, con agitación y estado confusional. El luminal hace desaparecer los grandes ataques y los estados de confusión y agitación, pero no las ausencias, que se ofrecen una vez al día y más leves que en la abstinencia barbitúrica. En el último mes ha estado sin medicación y ha presentado ataques cada 2-5-8 días, y de 1 a 3 ausencias al día. Hay suma desnutrición (pesa solamente 38 kgrs.)

En estas circunstancias empezamos el método convulsivante, 1.5 cc. de C., que le produce ataque; una semana después 1 cc., también con resultado positivo; a los 7 días, otra de ¾ de cc., con igual resultado positivo, aunque de menor intensidad y duración; en la 4a. sesión, con ½ cc. se produce a los 5 minutos ataque incompleto; solo una dosis de ¼ de cc., que se la pone en la última sesión (2.XII.38), resulta negativa.

En los 36 días que ha durado la experiencia los resultados terapéuticos no son muy favorables. Cierto que del 9º al 29º días (20 días) hay desaparición

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

completa de los accesos de gran mal; pero en gran parte de este período la enferma ha tomado medicación sedante (0.10 gr. de luminal al día). I antes y después del mismo hay etapas en que el cuadro parece haberse agravado, pues hay producción casi diaria de grandes accesos. Además, entre el 11º y 15º días se intercala un proceso de psicosis, y precisamente en ese tiempo hay calma motriz absoluta. Parecida equivalencia se nota entre los ataques de gran mal y las ausencias; el incremento de los unos coincide generalmente con el apaciguamiento de las otras, y viceversa.

CASO VIII. V. S., 18 años, soltera, mestiza (Ib) leptosómica. Padre alcohólico; de 14 hermanos, 7 muertos en la primera infancia, uno de ellos de meningitis; de los 7 restantes, 5 de personalidad anormal: 3 explosivos, uno de temple-lábil y otro oligofrénico. Ella ha padecido de ataques espasmofílicos a los tres años. Desde setiembre de 1937 presenta ataques de epilepsia genuina, casi siempre cada 84 días; accesos de P. M., todos los días, en número muy variable, que oscila entre 20 y 30, cayendo a veces bruscamente 2-3 veces al día La personalidad pre-mórbida es más o menos normal; pero durante la enfermedad se ha vuelto muy colérica.

El 9.IX.38, primera inyección, 2 cc. de C., con resultado negativo (sólo embotamiento de la conciencia y ansiedad). En las dos sesiones siguientes, con 3-4 días de intervalo, se le aplica 2.5 y 2.5 cc., con resultado positivo. En 8 días que dura esta intervención se produce un solo ataque espontáneo al séptimo día, a pesar de haber estado privada la enferma de luminal casi en todo este tiempo (administración incidental de 1 a 2 obleas los días 5 y 7); los accesos de P. M., disminuyen de modo apreciable. En 76 días de observación post-cardiazólica (hasta el 24.XI.38.) no se ha presentado ningún ataque y las ausencias se manifiestan sólo cada 3-5 días. Cierto que en este tiempo ha venido tomando ininterrumpidamente luminal 0.20 gr. al día. Ya hemos dicho que antes del Cardiazol esta enferma ha estado sometida también a análogo régimen, y presentaba el grave cuadro convulsivo ya descrito. Hay coetáneamente a la mejoría motriz, una modificación favorable del biotonus, del humor y la espontaneidad.

COMENTARIO Y RECAPITULACION

Estando nuestra labor en marcha y en comienzo, no nos es posible aún trazar conclusiones definitivas sobre la acción terapéutica del Cardiazol frente a los cuadros epilépticos. Por eso, nos limitamos en este final de exposición, a una especie de glosa y recapitulación de los hechos más saltantes.

Antes de referirnos a los resultados terapéuticos obtenidos, ofrecemos algunos aspectos del experimento mismo, que nos ha sido dable verificar sistemáticamente.

I. DATOS DE LA EXPERIMENTACION

Dosis mínima convulsivante: La menor cifra observada es de 0.50, y la mayor, de 4 cc. La dosis mínima media, incluso estos casos extremos, es de 2.29.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Dosis máxima: La mayor cifra observada es 5 cc. (en los 2 primeros casos, en que se ha provocado ya 16 y 26 ataques, respectivamente) la menor cifra obtenida es de 1 cc. La dosis máxima media, incluyendo los casos extremos es de 3.07 cc. Diferencia entre dosis máxima media y mínima media: 0.78 de cc.

En los no epilépticos estas cifras son muy distintas. Para no referirnos sino a nuestra propia experiencia oponemos a nuestros 8 presentes casos de epilepsia, otros tantos casos de histeria tratados por el Cardiazol (expuestos en nuestro trabajo sobre el tratamiento convulsivante de la histeria) y en los que la dosis mínima media es de 3.875 cc.; la dosis máxima media, de 6 cc., la diferencia entre máxima y mínima medias, es de 2.125 cc. Esta diferencia es posiblemente mayor en los casos no epilépticos, como esperamos demostrarlo en una de nuestras próximas comunicaciones, porque la dosis mínima consignada acá para los histéricos es de 4 cc., cantidad con que, siguiendo la técnica general de la cardiazolterapia, y sin más finalidad que la terapéutica, comenzábamos antes el método convulsivante. En estos últimos meses, empezamos en todos nuestros enfermos (epilépticos o no) con 2 cc., y obtenemos casi en todos ellos la primera crisis convulsiva con dosis muy inferiores a 4 cc.

Número de aplicaciones y de ataques: el número máximo de ataques provocados es de 26; el mínimo es 0 (en el caso IV, en que llegamos a 4 cc. en 6 aplicaciones progresivas de C., sin producir ataque). *

En siete enfermos hemos provocado 55 ataques en 72 aplicaciones de Cardiazol; la diferencia de 17 corresponde a las inyecciones sin efecto convulsivo. * *

II. LOS RESULTADOS TERAPEUTICOS

Tocamos en seguida las verificaciones más importantes de nuestra experiencia. Los datos y cifras que apuntamos a continuación son sólo provisionales. Indican el estado de nuestros trabajos, con el número limitado de casos y el reducido tiempo de experimentación y observación. Y no sólo provisionales, sino también aproxi-

* Hasta 27.I.39. la cifra total de ataques en estos enfermos es de 65, en máxima y mínima: 4.5 cc.

* * Hasta 27.I.39. la cifra total de ataques en estos enfermos es de 65, en 94 sesiones. Estamos empleando pues en mayor escala las dosis no convulsivantes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mados, pues debemos declarar sinceramente que la apreciación del cuadro clínico anterior al Cardiazol, sobre todo en su aspecto cuantitativo, se basa en la mayor parte de los casos en la catamnesia; y por más que nuestra averiguación ha sido exhaustiva y repetida, buscando múltiples fuentes de información, y contrastando los datos obtenidos, las cifras que vamos a apuntar, como exponentes de la realidad patológica anterior, no son sin duda exactas, y esto refiriéndonos casi exclusivamente al número de accesos espontáneos ocurridos. En algunos casos, las lagunas dejadas por la natural deficiencia de rememoración de los informantes hemos tenido que llenar nosotros mismos, basándonos en la mayor frecuencia de accesos en épocas y circunstancias análogas. Esto, como se comprende, resta exactitud matemática a nuestro trabajo, pero no lo invalida, ya que nuestras cifras de ataques pre-cardiazólicos, sino exactas en un sentido rigurosamente matemático, son válidas y significativas dentro del criterio clínico que inspira el presente trabajo.

Hagamos separadamente la apreciación cualitativa y la voloración numérica aproximada de nuestras verificaciones.

1. APRECIACION CUALITATIVA *

Consideramos los 3 aspectos siguientes:

a) **Remisión de las crisis comiciales espontáneas:** En 6 de nuestros 8 casos observamos una evidente y considerable mejoría clínica: distanciamiento y atenuación de los accesos durante semanas y meses, como no se había logrado por otros medios terapéuticos. En los dos casos restantes, los resultados no son muy demostrativos; sin embargo—como veremos en seguida—el cómputo de las cifras de ataques de antes y después del Cardiazol marcan una gran disminución de aquellos, y, de otro lado, los accesos espontáneos son más leves en duración e intensidad.

b) **Remisión de los síntomas intercríticos:** En seis casos hay gran mejoría de la distimia irritable y explosiva interaccesional, con verdadera transformación del carácter y de la conducta, en el sentido de una mejor adaptación social y productividad. En los 2 restantes, el mal humor epileptoide alterna con estados de euforia cada vez más prolongados.

* Véase el cuadro N° 3, al fin de este trabajo. Las gráficas de cada caso serán ofrecidas en nuestra ponencia a las Jornadas Neuro-psiquiátricas de marzo próximo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

c) **Remisión sin efecto convulsivo:** En 3 casos hemos notado remisión de los síntomas con inyecciones no convulsivantes, hecho a nuestro juicio muy significativo frente a la interpretación del mecanismo curativo del C. En los casos I y III la sorprendente mejoría inicial se obtiene con dosis no convulsivantes. En el caso IV, en 6 sesiones debidamente protocoladas, con dosis crecientes de C. no se produce crisis convulsiva, y no obstante la mejoría es evidente.

2. APRECIACION NUMERICA DE LOS RESULTADOS

Para esto hemos comparado el número aproximado de ataques y crisis de P.M. espontáneos acaecidos antes de la cardiazolización con los accidentes de igual género coetáneos y posteriores al experimento.

A. **Número de ataques y P. M. antes del Cardiazol:** En esta parte de nuestra investigación hemos avanzado sólo hasta donde ha sido posible obtener información más o menos correcta. En la mayor parte de los casos (como hemos expresado más arriba) esta información es retrospectiva.

El más largo tiempo de observación de esta clase es la del caso VI (varios ataques en 1 ó 2 días al mes) y en él las cifras son exactas, porque los informantes recuerdan bien los días y números de ataques acaecidos en los 2 meses anteriores. La media aritmética de las cifras de observación retrospectiva es de 20 días.

La frecuencia máxima de grandes ataques en este período corresponde al caso II, con 63 crisis en 16 días, o sea 3.90 ataques diarios. La frecuencia mínima corresponde al caso N° VI ya mencionado, con 9 ataques en 44 días. El promedio de grandes ataques antes del C. en nuestros 8 enfermos es de 1.6 al día.

En cuanto a las crisis menores (P. M.), el máximum de ellas se presenta en el caso I, con 293 accesos en 22 días, o sea 42 P. M. por día. El mínimum, al caso V, con 14 P. M. en 29 días, o sea 1.07 diarios. El promedio de pequeños accesos en los 8 casos y en este período es de 9.6 al día.

B. **Número de ataques y P. M. durante y después del experimento:** Las cifras que damos a continuación, emanadas de nuestros cuadernos de observación diaria, tienen naturalmente mayor exactitud que las del párrafo anterior: los accidentes de cada enfermo se han producido, podemos decirlo, a nuestra vista, y, de otro lado, han

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sido cuidadosamente confrontados los datos de las diversas fuentes de información y control de que disponemos.

Salta a la vista la gran diferencia entre la magnitud accesional de uno y otro período.

He aquí algunas cifras, las más significativas:

171 y 28 son los guarismos extremos de nuestros tiempos de observación post-cardiazólico. El promedio en los 8 casos es de 67 días.

Las cifras más altas de grandes ataques en este período son las del caso II, con 36 en 101 días y promedio de 0.35 ataques por día. Las cifras más bajas corresponden al caso VIII, con un ataque en 76 días, y promedio de 0.01 ataques por día.

En cuanto a los accesos de P. M., las cifras más altas son las del caso I, con 250 crisis en 171 días, y promedio de 1.46 por día. Las cifras más bajas pertenecen al caso III, con un P. M. en 45 días, y promedio de 0.02 por día.

El promedio de ataques de gran mal por día en los 8 enfermos, en 536 días, es de 0.20.

El promedio de accesos de **petit mal,** en los mismos, es de 0.79 por día.

C. **Magnitud numérica aproximada de la remisión:** Compararemos las cifras que acabamos de apuntar, lo que nos permitirá hacer una apreciación cuantitativa final.

a) CIFRAS MAXIMAS DE ATAQUES

Grandes ataques :

Antes del Cardiazol:	63	ataques	en	16	días	y	3.90	por día
Durante y después:	36	,,	,,	101	,,	,,	0.35	,, ,,

Crisis de P. M. :

Antes del Cardiazol:	293	,,	,,	22	,,	,,	42	,, ,,
Durante y después:	250	,,	,,	171	,,	,,	1.46	,, ,,

b) CIFRAS MINIMAS DE ATAQUES

Grandes ataques :

Antes del Cardiazol:	9	ataques	en	44	días	y	1.060	por día
Durante y después:	1	,,	,,	76	,,	,,	0.01	,, ,,

Crisis de P. M. :

Antes del Cardiazol:	14	,,	,,	29	,,	,,	1.07	,, ,,
Durante y después:	1	,,	,,	45	,,	,,	0.02	,, ,,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

c) CIFRAS GLOBALES

Grandes ataques :

Antes del Cardiazol: 182 „ „ 163 „ „ 1.116 „ „
Durante y después: 112 „ „ 536 „ „ 0.20 „ „

Crisis de P. M. :

Antes del Cardiazol: 1670 „ „ 163 „ „ 10.24 „ „
Durante y después: 422 „ „ 536 „ „ 0.78 „ „

d) CIFRAS FINALES: PORCENTAJE DE LA REMISION

Incluyendo ambas categorías de accesos en una sola cifra, tenemos estas otras relaciones:

Antes del Cardiazol . . . 1852 accesos en 163 días y 11.30 por día
Durante y después del C. 534 „ „ 536 „ „ 0.999 „ „

Lo que daría el porcentaje de reducción de los accesos debida a la cardiazolización, de 1131% (MIL CIENTO TREINTIUNO POR CIENTO).

En otros términos, la cardiazolización, en los ocho epilépticos que hemos tratado, **ha reducido la cifra global de ataques a menos de la décima parte de la cantidad de éstos anterior al experimento.**

Tales los primeros frutos de nuestra investigación en torno a la influencia terapéutica del Cardiazol en la epilepsia. Proseguimos en este nuevo camino que la casualidad nos ha abierto, esperanzados de obtener en el futuro resultados de mayor calidad y significación frente a la terrible dolencia paroxismal que nos ocupa.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO N.° 1

CIRCUNSTANCIAS PREVIAS

Casos	Edad	Tiempo de enfermedad en años	Edad del inicio	Herencia patológica recargada	Personalidad premórbida anormal	Peso en kilogramos	Forma de epilepsia	Manifestaciones motrices inmediatamente anteriores		Cuadro intercrítico
								Ataques	P. M.	
I	17	7	10	+	+		Sint. (1)	+	+	D. E. (3)
II	13	6	7	+	+	41.5	Sint.	+	+	D. E.
III	23	1	22	+ −	+	57.6	Es. (2)	+	+	D. E.
IV	41	6	35	+ −	—	60.5	Es.	—	+	D. E.
V	22	4	18	+	+	42.5	Es.	+	+	D. E.
VI	25	12	13	+	+	52.5	Es.	+	—	D. E.
VII	23	4	19	+	+	38	Es.	+	+	D. E. + A (4)
VIII	18	1	17	+	—	45.5	Es.	+	+	D. E.

(1) Sintomática.—(2) Esencial.—(3) Distimia explosiva.—(4) Distimia explosiva asociada a ansiedad.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO N.° 2

DATOS DE LA CARDIAZOLIZACION

Casos	Dosis mínima convulsivante, en c. c.	Dosis máxima, en c. c.	Diferencia	N° de aplicaciones de C.	N° de ataques provocados	N° de inyecciones sin efecto convulsivo	Tiempo de experimentación, en días	Tiempo total de observación, hasta el 7.XII.38
I	4	5	1	19	16	3	108	180
II	2	5	3	27	26	1	103	103
III	2.50	3	0.50	4	2	2	54	54
IV				6	0	6	47	47
V	2.50	2.50	0	7	3	4	47	47
VI	2.25	2.50	0.25	3	2	1	42	42
VII	0.50	1	0.50	5	4	1	40	40
VIII	2.30	2.50	0.20	3	2	1	8	89

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CUADRO N.° 3

LOS RESULTADOS TERAPEUTICOS

Casos	Apreciación cualitativa			Apreciación numérica provisional de los resultados									
				Número de ataques y petit mal (P. M.) antes del C.					Número de ataques y P. M. durante y después del Cardiazol				
	Mejoría notable de las crisis	Mejoría de de los síntomas intercríticos	Remisión sin efecto convulsivo	N° de días de observación antes del C.	N° global de ataques en dicho período	N° global de P. M. en id.	Promedio de ataques por día	Promedio de P. M. por día	Tiempo de observación (1)	N° global de ataques	N° global de P. M.	Promedio de ataques por día	Promedio de P. M. por día
I	+	+	+	7	22	293	3.14	42	(2) 171	57	250	5.33	1.46
II	+	+	?	16	63	604	3.90	37.75	(3) 101	36	97	0.35	0.96
III	+	+	+	20	35	90	1.75	4.50	(4) 45	2	1	0.04	0.02
IV	+	+/−	+	21	0	122	0	5.80	(5) 35	0	16	0	0.45
V	+	+	?	13	29	14	2.41	1.07	(6) 45	2	6	0.04	0.133
VI	?	?	?	44	9	0	0.20	0	(7) 28	2	0	0.07	0
VII	?	+	?	19	12	38	0.63	2	(8) 35	12	16	0.34	0.45
VIII	+	+	?	23	12	512	0.52	22.25	(9) 76	1	36	0.013	0.47

(1) en días.—(2) Hasta el 28.XI.38, última información. — (3) Hasta el 5.XII.38—(4) Hasta el 28.XI.38.—(5) Hasta el 25.XI.38 —(6) Hasta el 5.XII.38.— (7) Hasta el 23.XI.38.— (8) Hasta el 2.XII.38.—(9) Hasta el 24.XI.38.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NUEVA TECNICA DE LA PUNCION SUBOCCIPITAL SU APLICACION EN LA ENCEFALOGRAFIA

Por **ARMANDO COELLO VINATEA**

Con la denominación de incisura cerebro-medular se dió comienzo en 1906 a las investigaciones en la región cerebro-medular. A los americanos WESTENHOFFER y MUHSAN se deben estos primeros trabajos, realizados con el objeto de establecer una cura adecuada para combatir procesos meningíticos y dar salida al mismo tiempo al líquido cerebro-espinal durante el estado agudo y evitar la formación de hidrocefalia consecutiva.

Trabajos consecutivos a estos primeros hacen variar técnicas y denominaciones para llegar a llamarla PUNCION CISTERNAL O PUNCION SUBOCCIPITAL, que es el acto de introducir una aguja en el espacio cisternal.

Numerosos autores americanos se dedican a investigaciones en esta región, entre ellos WAGEFORTH, HAYER, ESSIK, quienes son los primeros en publicar la técnica empleada por ellos y que llamaron "método directo" porque ellos palpaban el tubérculo posterior del atlas e inmediatamente encima de este introducían la aguja, guiándose de la línea que forma el meato acústico externo con el ángulo del ojo, hasta llegar a atravesar el ligamento atlanto-occipital. La profundidad a que introducían la aguja no excedía nunca de 6 cm.

En Alemania, en el año 1924, ESSKUCHEN publica una técnica complementaria de la anterior, que consiste en precisar con más exactitud el modo como debe introducirse la aguja en el espacio comprendido entre el hueso occipital y la primera vértebra, que es el lugar donde se encuentra el espacio cisternal.

Se palpa la protuberancia occipital externa primero y se busca después el tubérculo posterior del atlas, en medio de estas dos distancias se introduce la aguja, siguiendo con la imaginación la convexidad del hueso occipital, hasta tocar éste con la aguja. Una vez que se haya pinchado el hueso se vuelve a extraer la aguja un tan-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

to y se eleva ésta, lo suficiente para hacerla avanzar en dirección recta hasta que se experimente la resistencia que ofrece el ligamento atlanto-occipital. Al vencer esta resistencia se ha atravesado el ligamento que antecede al espacio cisternal. La profundidad que debe tener la aguja no debe de pasar 6 cm., y si introduciendo 6 cm. no se obtiene líquido, ESSKUCHEN aconseja que se interrumpa la punción por juzgarla entonces peligrosa.

Después de los trabajos de ESSKUCHEN muchos otros investigadores publican sucesivamente sus trabajos experimentales para llegar a la conclusión de que la punción suboccipital va ganando terreno ante la punción lumbar. Es así que algunos autores califican a la punción suboccipital como el método de elección, pues analizando las ventajas y desventajas y midiendo el peligro de una y otra, llegan a la conclusión de que este último procedimiento ofrece más ventajas que la punción lumbar y que en casos frecuentes su aplicación llega a ser irreemplazable. Procesos patológicos de la columna vertebral, cifosis, escoliosis, transformaciones tabéticas y bloqueo del canal subaracnoideo por un tumor etc., dificultan la punción lumbar, en cambio la punción suboccipital, por sus disposiciones anatómicas favorables presta la ocasión de solucionar estas dificultades.

El campo de la punción suboccipital hoy no sólo abarca las indicaciones primitivas de los autores americanos sino que se utiliza también para investigaciones serológicas (MEMESHEIM), para tratamientos en la epilepsia (NONNE) y por último se emplea como medio más adecuado para la encefalografía reemplazando a los métodos craneal y lumbar.

Numerosos son los trabajos sobre la punción suboccipital, todos elogian su aplicación, pero pocos precisan una técnica que señale la distancia que debe tener la aguja y sólo se limitan a decir que teniendo cuidado de no introducir la aguja más de 6 cm. no es peligrosa.

Esto desde el punto de vista de la seguridad intrínseca de la punción es insuficiente, porque es esto justamente, la distancia que debe tener la aguja, lo primordial de la punción. La falta de saber a qué distancia se encuentra la cisterna es quizá la causa por la que muchos facultativos han zozobrado ante la aplicación de la punción suboccipital.

La primera técnica que precisa la distancia de la aguja ha sido publicada por CASTEX y ONTANEDA quienes después de varios

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

experimentos llegan a probar la relación que existe entre la mastoides y la piel, así como también entre la piel y la duramadre que es a su vez la distancia de la apófisis mastoides a la superficie de la piel, menos la cantidad de 2 cm. para los hombres y de 1,7 cm. para las mujeres.

Para llegar a medir en vivos esta distancia se valen ellos de dos reglas unidas por una charnier, que permite abrirse en ángulo. En el borde interior de las reglas existe una graduación milimétrica adonde el cero está en el sitio de unión.

Para servirse de la regla en vivos colocan uno de los brazos de la regla por debajo del pabellón de la oreja tocando así la apófisis mastoides, mientras que el otro brazo de la regla la colocan sobre la nuca, sobre el borde graduado de la regla se leerán en centímetros y milímetros el punto que se ha querido establecer entre la apófisis mastoides y la piel. A esta medida como repito se sustraerán según se trate de hombre o mujer, 2 ó 1,7 cm., respectivamente.

Este método tiene el inconveniente para el que aplica la punción suboccipital el tener presente estas reglas como condición indispensable. El mismo hecho de tener que sustraer 2 c m. para los hombres y 1,7 cm. para las mujeres queda sin explicación del autor.

La técnica que proponemos, se basa en el hecho que la cisterna se encuentra anatómicamente en un punto fijo, sin hacer excepción de hombres y mujeres y poner en manos de todos los que se quieran dedicar a la punción suboccipital un método sencillo y a la vez preciso.

Si la cisterna está en un punto fijo, su distancia a la superficie de la piel tiene que estar en relación al espesor de la nuca. Para conseguir este fin medía primero el perímetro del cuello a la altura del cartílago tiroideo por delante y por encima de la primera vértebra por atrás. Anotada esta medida, efectuaba la punción y medía la distancia correspondiente que había tenido la aguja, para el perímetro del cuello anotado. Así llegué a formar una escala rectificada dos y tres veces, escala que señalaba la distancia de la aguja en cada perímetro de cuello.

Al rectificar estas escalas constaté que no había ninguna variante en la distancia de la aguja para extraer el líquido céfalo-raquídeo en 3 cadáveres que tenían el perímetro de cuello de 29 c m. Comprobé al efecto que la distancia de la aguja con la medida de 3,9 cm. que me sirvió para extraer el líquido céfalo-raquídeo del primer cadáver me sirvió para los dos restantes.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

La constatación de este hecho confirmó que la cisterna se encuentra en un punto fijo en individuos de igual perímetro de cuello.

Fue entonces que insinué formar la proporción siguiente: Si para un perímetro de cuello de 29 cm. se necesita que la aguja tenga la distancia de 3,9 cm. para un perímetro de cuello "X" ¿qué distancia se necesitará? de donde resulta que "X" es igual al perímetro del cuello multiplicado por 3,9 cm. y dividido entre 29.

$$X = \frac{P.\ C. \times 3,9}{29}$$

Puse en práctica esta proporción y la distancia de la aguja hallada de esta manera la apliqué para ensayar nuevas punciones en cadáveres. Mediante este método formé una segunda escala y mi satisfacción fué grande al ver en la comparación que hacía con la primera escala que la diferencia que había entre las medidas de la primera y segunda era solamente de un milímetro o décima de milímetro, que para el caso en que la cisterna tiene un espacio de 1,5 cm. es una diferencia insignificante.

ESCALA N° 1

Perímetro del cuello en cm.	Medida de la aguja
25.....	3,3
26.....	
27.....	3,6
28.....	3,8
29.....	3,9
30.....	4,0
31.....	4,1
32.....	4,2
33.....	4,3
34.....	4,4
35.....	
36.....	4,7

ESCALA N° 2

Perímetro del cuello en cm.	Medida de la aguja
25.....	3,35
26.....	3,49
27.....	3,63
28.....	3,76
29.....	3,90
30.....	4,03
31.....	4,13
32.....	4,27
33.....	4,43
34.....	4,57
35.....	4,70
36.....	4,84
37.....	4,97

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Al inspeccionar estas medidas halladas se puede formular la distancia que debe tener la aguja de la siguiente manera: "X" es igual al perímetro del cuello más 10 dividido entre 10:

$$X = \frac{P.\ C.\ +\ 10.}{10}$$

Esta tercera escala es la siguiente:

Perímetro del cuello en cm.	**Medida de la aguja en cm.**
25.....	3,5
26.....	3,6
27.....	3,7
28.....	3,8
29.....	3,9
30.....	4,0
31.....	4,1
32.....	4,2
33.....	4,3
34.....	4,4
35.....	4,5
36.....	4,6
37.....	4,7

Comparando estas escalas se vé que en su totalidad coinciden y que si hay diferencia es sólo en un milímetro o décima de milímetro, sobre todo a partir del perímetro del cuello arriba de 33 cm. Esta diferencia no nos afecta en nada porque lejos de ser una desventaja, ofrece una precaución más al aplicar la punción suboccipital, porque si realizamos esta, según el último cálculo nunca nos habremos sobrepasado en la medida para llegar a la cisterna, antes por el contrario nos encontraremos a unos cuantos milímetros antes que ella.

Completa la técnica el posesionar a la aguja de un tope que es un pequeño cilindro de metal de un centímetro de largo por el que atraviesa la aguja. A la mitad del cilindro hay un tornillo que sirve para fijar este cilindro en la aguja.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El posesionar a la aguja de este cilindro es de importancia porque así tenemos la seguridad de que una vez que se ha precisado la medida de la aguja, la proximidad de que este tope roce la superficie de la piel nos va indicando la proximidad de la cisterna. Al mismo tiempo para la aspiración del líquido céfalo-raquídeo mediante una jeringa, sabemos que se ejerce una fuerza de arriba hacia abajo en el momento de adaptar la jeringa a la aguja. Si la aguja no tuviese este tope, correríamos el peligro de que en el momento de hacer la fuerza de adaptación, la aguja podría introducirse insensiblemente y sorprendernos algo desagradable.

Otro requisito indispensable es el medir con exactitud el perímetro del cuello, base principal para precisar la distancia de la aguja.

Se mide el perímetro del cuello a la altura del cartílago tiroideo por adelante y por enciba de la primera vértebra por atrás, teniendo para esto el paciente la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante.

Después de haber efectuado un último ensayo experimental en cadáveres mediante este último cálculo de la distancia que debería tener la aguja y habiendo tenido un resultado del todo satisfactorio, puse en práctica mi primer experimento en vivos, en pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera. Agradecemos vivamente al Dr. Baltazar Caravedo, Director del Hospital Víctor Larco Herrera, la oportunidad que nos brindó de efectuar las primeras punciones en vivos.

PRIMER EXPERIMENTO. Paciente de 28 años de edad. Epiléptico. Atrofia en las extremidades inferiores.

Coloqué al enfermo en posición sentada con las piernas en forma de cabalgar, la cabeza inclinada hasta tocar la frente el borde superior del respaldo de la silla, que tenía una almohadilla para mejor comodidad del enfermo. Previa desinfección de la nuca y depilación del cuero cabelludo a una altura de 3 cm. medí el perímetro del cuello que era de 37 cm. La aguja debería tener por consiguiente la distancia de 4,7 cm. Señalé el sitio de entrada de la aguja que era el punto adonde se juntaban dos perpendiculares: una la de la línea intermastoideana y la otra la trazada en el centro de la nuca. En el punto donde se cruzan estas líneas introduje la aguja con toda cautela. La resistencia que ofrecían los tejidos de esta región era imperceptible. Según los cálculos la aguja debería encontrarse en la cisterna magna. Para comprobar esto, absorví mediante una jeringa, un líquido que llenó la jeringa. La medida de la aguja bien precisada me sirvió para llegar sin obstáculo a la cisterna ya que el signo indicador de la resistencia de la membrana atlanto-occipital y segundo su perforación no me habían precisado la proximidad de hallarme en la cisterna. Después de extraer 10 cc. de líquido di por terminada la punción.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SEGUNDO EXPERIMENTO.—Paciente de 35 años de edad. Epiléptico. Estado general, normal. Perímetro del cuello 33 cm. al que corresponde 4,3 cm. de longitud de aguja. La técnica seguida fué igual a la anterior.

El hecho feliz de haber podido practicar estas dos punciones sin observación ninguna que hacer confirmaba que los cálculos para precisar la distancia que debe tener la aguja eran exactos y se puede decir que la punción subccipital es posible efectuarla con menos temor.

El fin que perseguía después de haber realizado estos trabajos experimentales en cadáveres y en vivos, era el de aplicar esta técnica nueva para estudios de encefalografías.

La ventriculografía que ha reemplazado a la antigua denominación de encefalografía tuvo su comienzo el año 1919 por DANDY y un año después por A. BINGEL en Alemania.

Los estudios efectuados por los precursores de la ventriculografía llegaron a la conclusión de que la vía sub-occipital prestaba más garantías y ventajas que las otras dos vías conocidas, que eran la craneal y la lumbar. La vía craneal no permite obtener sino el ventrículo, mientras que la lumbar o suboccipital nos dan imágenes de los ventrículos y del espacio sub-dural de la superficie. El método lumbar a su vez puede ofrecer la característica, ya comprobada, de que uno de los ventrículos no se ilumine al igual que el otro. Esto ha dado ocasión a discusiones en los casos en que un solo ventrículo es el iluminado y si se puede deducir de allí una obliteración del agujero de Magendi o Luschka o de la forámina de Monro. Este es uno de los inconvenientes del método lumbar. Se suma a esta desventaja la necesidad de inyectar mucho más cantidad de aire 40 ó 50 cc, mientras que por la vía suboccipital solamente con 10 cm. se puede obtener ventriculografías suficientemente claras.

EXPERIMENTOS.—**Primer Caso: L. Ch.,** de 20 años de edad. **Epiléptico.** Deformidad del cráneo en la región parieto-temporal derecha. A este enfermo se le extrajo 10 cc. de líquido e inyectándole 10 cc de aire. **Resultado:** Figura No. 1. Buena visualización de los ventrículos que revelan imágenes normales.

Segundo Caso. M. C., de 23 años de edad. Epiléptico. Se le extrajo 20 cc. de líquido, inyectándole igual cantidad de aire. **Resultado:** Figura No. 4. Imágenes normales de los ventrículos con buena visualización.

Tercer Caso. R. T., de 33 años de edad. Epiléptico. Se le extrajo 20 cc. de líquido e inyección de igual cantidad de aire. **Resultado:** Figura No. 9. El control de las vistas tomadas anotan tenues imágenes de los ventrículos, como si se hubiese inyectado poca cantidad de aire. En la figura No. 9 es vé más acentuada la falta de visualización, como si hubiese un impedimento al paso del aire para la imagen del ventrículo derecho (Prolongación frontal) viéndose

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sin embargo en la posición para las prolongaciones occipitales. Con bastante probabilidad se trata de un caso patológico.

Cuarto Caso. J. S., 22 años de edad. Epiléptico. Cantidad de líquido extraído 15 cc, igual cantidad de aire inyectada. Resultado: Figura No. 12. Las vistas muestran imágenes normales de los ventrículos, notándose asimismo pasaje de aire a los espacios sub-aracnoideos de la corteza.

Quinto Caso. F. M., de 24 años de edad. Epiléptico. Durante la punción efectuada a este enfermo y cuando ya había inyectado 15 cm. de aire, le sobrevino un ataque epiléptico, por lo que se suspendió la operación iniciada. Resultado: Figura No. 17. Las series de radiografías de este enfermo muestran ausencia de visualización de la porción frontal del ventrículo derecho, desviación y falta de la porción superior para la porción occipital. Pequeña calcificación intracraneal en el lado opuesto. Este sería un caso patológico en el sentido de posible tumor cerebral en el hemisferio derecho.

CONCLUSIONES

1a.—La técnica recomendada reune además de su sencillez, la ventaja que se puede aplicar la punción suboccipital relativamente sin peligro.

2a.—Siguiendo las indicaciones de esta técnica nueva, se han efectuado 9 aplicaciones con resultados satisfactorios.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

J. DE AJURIAGUERRA : **La Douleur dans les affections du Systeme Nerveux Central.**—Un volumen en 8º, de 150 páginas.—G. Doin, Paris, 1937. Precio: 25 francos.

La tesis inaugural de Ajuriaguerra ha marcado el comienzo de una nueva etapa en el estudio del dolor en las enfermedades del sistema nervioso central. Con esto decimos su importancia y el éxito que ha tenido. Este estudio clínico y sobre todo anatomo-clínico ha sido llevado a cabo bajo la dirección de Jean Lhermitte y de André-Thomas y se sitúa en la línea general de las obras que alienta la memoria del Maestro Dejerine. Es difícil analizarla completamente, pues habría que referirse al material de casos personales, que es necesario leer y meditar en detalle. De una manera general, de Ajuriaguerra insiste en el hecho que las lesiones que se acompañan de dolores pueden encontrarse en todos los pisos del neuroeje, desde la medula hasta la corteza parietal, con una excepción relativa para los procesos tumorales o vasculares del pedúnculo cerebral, pues esta región, salvo un caso de Foerster, no parece ser dolorígena. En los diferentes capítulos de la monografía nos ofrece el autor una revista general de la historia de los dolores de origen : medular, bulbar, protuberancial, talámico y cortical, insistiendo especialmente en estos dos últimos, termina en fin con una discusión del mecanismo fisiopatológico.

Desde el punto de vista histórico los estudios sobre los dolores centrales pasan por tres períodos: en el primero que se extiende hasta 1900, se estudia los dolores centrales en su conjunto y las lesiones concomitantes de todo el eje encéfalo-medular; en el segundo, de 1900 a 1920, las investigaciones se orientan casi exclusivamente hacia los síndromes talámicos y se opone a la antigua teoría irritativa, nuevas hipótesis patogénicas que se apoyan en los conocimientos recientes sobre la fisiología del tálamo; en fin, en el tercer período, actual, se pretende atribuir un papel dominante al simpático y se ensaya de encerrar en esta explicación tanto los dolores de origen central como los periféricos, además, el estudio de los dolores bulbo-protu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

beranciales y parietales está al orden del día. En el curso de las afecciones medulares el autor describe los caracteres del dolor en las heridas, traumatismos, conmociones, compresiones, en donde es difícil distinguir el origen periférico o central y que se caracterizan por la variabilidad del dolor según el sitio y naturaleza de la lesión; más netos y frecuentes son los dolores en la esclerosis en placas, en las esclerosis combinadas, en la siringomielia; en cuanto a la patogénesis de estos dolores, muchos autores ven su origen en la irritación celular, en el compromiso de la neurona sensitiva; otros, en la lesión probable del simpático que es verosímil en la siringomielia. Los dolores en las lesiones del rombencéfalo, si bien conocidos desde antiguo, son de gran actualidad y plantean nuevos problemas; el autor después de pasar en revista numerosos casos, más o menos discordantes, concluye que el dolor que se presenta en el hemicuerpo controlateral en el curso de lesiones bulbares o protuberanciales va de par, lo más frecuentemente, con la alteración del haz espinotalámico; el dolor percibido en la cara proviene, sin duda, del compromiso del núcleo sensitivo del trigémino o de las fibras aferentes o eferentes de él, sin que sea posible en el presente zanjar la cuestión; hay que notar además, la frecuencia relativa de estos dolores, su asociación con una hemianestesia disociada de tipo siringomiélico, su aspecto variable, en general hemiálgico cruzado, yendo desde las parestesias apenas percibidas hasta los dolores más atroces y excruciantes. El dolor del síndrome talámico es bien conocido, clásico y frecuente, se le encuentra en los síndromes más diversos que responden en general a lesiones vastas; existen, sin embargo, síndromes atípicos debidos a que en este núcleo existe una disposición somatotópica, noción importante para el diagnóstico topográfico: las algias se deben a lesiones del núcleo lateral. Los dolores por lesión cortical son estudiados especialmente, pues constituyen una noción reciente e indiscutible: tienen los caracteres de gran acuidad en la epilepsia sensitiva y en los traumatismos cerebrales, igualmente están presentes en los síndromes vasculares y sobre todo en los reblandecimientos, en los que revisten a menudo los caracteres de las algias talámicas y que parecen relacionarse con lesiones de la corteza sensitiva o de las fibras sensitivas del centro oval. En el último capítulo en que estudia la fisiopatología del dolor central, hace el autor una exposición de las diversas teorías sostenidas, exposición que va seguida de una crítica serena que lleva a las siguientes conclusiones: para comprender el dolor de origen central es necesario considerar dos factores, el factor lesional y el factor

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

funcional con sus diferentes componentes reaccionales. Los dolores se presentan como una función, como una respuesta biológica global, en la cual la nota reaccional tiene una gran importancia. Sin este factor reaccional es imposible explicar las diferentes respuestas a lesiones idénticas. Este factor explica la gran frecuencia de las algias talámicas; pues se debe considerar este núcleo como un centro afectivo, encrucijada de funciones importantes, nudo reaccional de importancia capital. Existe por otra parte una interdependencia estrecha entre los mecanismos de inhibición y los de irritación, no se puede estudiar los unos sin tener en cuenta los otros, los valores de estos dependen de aquellos. El dolor se produce después de una excitación ligera solamente cuando los fenómenos de liberación son de gran amplitud. Cuando la liberación es muy marcada, basta con una pequeña excitación para que aparezcan las algias, e inversamente cuando la liberación es pequeña es menester fuertes excitaciones.

Una bibliografía al día corona esta monografía cuya lectura es indispensable a quien quiera estar al corriente del problema del dolor de origen central y de las orientaciones neurobiológicas generales que renuevan nuestros horizontes.

J. O. T.

LUCIANO ALLENDE LEZAMA : **Fundamento matemático de la biología teórica.**—Un volumen en 8", de 430 páginas, con 132 grabados y 1 lámina fuera de texto.—Librería y Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, 1938.

El autor dice en la introducción de su obra : "Dudamos que haya muchos capaces de comprender el contenido de este libro y su valor cognoscitivo". Y tiene razón : la obra es rica en nexos que parecen arbitrarios. Está dividida en cuatro partes : teoría del conocimiento, matemática, física, biología. Con un considerable caudal de datos, citas y figuras, se persigue en ella la conciliación de las múltiples formas cómo se nos presenta la realidad según la medida común del "ente matemático". El autor cree lograr la unificación de lo heterogéneo reduciendo el contenido de la experiencia a abstracciones e imágenes que son insatisfactorias para quien lo biológico, lo psicológico y lo espiritual entrañan entidad irreductible—algo más que **ordre géométrique.** Con el conocimiento de las leyes de la arquitectura y del metabolismo de la célula no aprehendemos el impulso que origina estos hechos y el acomodamiento elástico del organismo a las circunstancias. Con la verificación de la ley matemática de la estructura y la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

economía del panal de la abeja el entomólogo no tiene mas que un dato demostrativo de que la acción instintiva entraña un aprovechamiento práctico de las leyes de la naturaleza, mas esto no lo resuelve el problema, la arcanidad de la acción teleológica del insecto. Claro que éste en sus operaciones no prescinde ni puede prescindir de las cualidades de la substancia—pero imponiéndoles su dinamismo, su forma, su idea. El hecho de mover mi mano cuando quiero o el de plegar mi rodilla ante Dios no me los explica matemática alguna. El fundamento matemático de la biología es legítimo si se refiere a lo hecho, no al hacer mismo, al producto de la vida y no al vivir, a la **natura naturata** no a la **natura naturans.** Estos reparos se dirigen mas que al criterio propugnado por el Dr. Allende Lezama, a las consecuencias que puede sacar el lector. **Fundamento matemático de la biología teórica** entraña un esfuerzo plausible de especulación desinteresada, muy bien presentado.

H. D.

FERNANDO DE ALLENDE NAVARRO : **Las Jornadas Sudamericanas de Medicina, Cirugía y Odontología de Montevideo.**—Un folleto en 8°, de 63 páginas.—"Editorial Agrícola", Santiago de Chile, 1938.

Este interesante trabajo está dividido en dos partes. La primera ofrece una información de las Jornadas de Medicina, Cirugía y Odontología de Montevideo; en esta parte el autor se detiene en un comentario acerca de la ponencia del Dr. García Ausst sobre el "Concepto actual de la enfermedad mental", para quien ésta posee un carácter propio y representa una anomalía de la personalidad, tanto en su desarrollo, cuanto en sus reacciones, como debida a procesos morbosos que la alteran. La segunda parte reproduce la ponencia que el autor presentara a dichas Jornadas : "Los fenómenos psicomotores y los estados crepusculares histéricos desde el punto de vista de su finalidad psicológica". Después de hacer una crítica de las concepciones organicistas acerca de la etio-patogenia de las manifestaciones neuróticas, presenta tres casos clínicos de rica sintomatología histérica, haciendo en ellos un estudio detallado de los síntomas y su legítima interpretación psicoanalítica. En este momento carga el énfasis en la finalidad inconsciente, en la intencionalidad de los actos o pensamientos involuntarios, espontáneos y automáticos. Los tres casos curaron mediante la psicoterapia analítica y causal. Hace, en seguida, algunas consideraciones acerca del automatismo mental y opone a las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nociones estáticas de estrechez del campo de la conciencia o astenia psicológica primaria y congénita, las doctrinas de Freud, para quien las manifestaciones neuróticas se deben, por el contrario, a mecanismos activos, operantes, derivados de conflictos psíquicos entre el yo y el inconsciente; el síntoma entonces surge de la pugnacidad de las perturbaciones instintivas desatadas que encuentran la acción represora del yo. "La manifestación neurótica, la sintomatología histérica o pitiática, cualquiera que ella sea—agrega el autor—, es un presente que se explica en función de un pasado."

León Mejía.

HENRI BROCARD : **Physiopathologie de l'innervation hépathique.—** Un volumen en 8° mayor, de 294 páginas, con 22 grabados.—Vigot fréres, Editores, Paris, 1937.

Dedica el autor esta obra al estudio de la influencia del sistema nervioso en la fisiopatología hepática, conforme era considerada y tal como él la concibe según el resultado de sus trabajos experimentales. Comienza resumiendo los datos actuales de la anatomía y la fisiología hepáticas, principalmente en cuanto a la existencia de una rica inervación vegetativa tanto adventicial como celular, y a las observaciones comunicadas de acción nerviosa modificadora de las funciones del hígado, considerando las que ocurren en el metabolismo de la glucosa, de los compuestos nitrogenados y en la biligenia. Revisa luego lo que llama la "patología de la inervación hepática", es decir, todos los síndromes neurológicos producidos en relación con lesiones del hígado, y algunos síndromes hepáticos de causalidad nerviosa—como la ictericia emotiva—. En este capítulo analiza las contribuciones teóricas y experimentales a la dilucidación del problema de la génesis hepática o nerviosa de esos cuadros anátomo-clínicos. El capítulo en que relata sus investigaciones sobre las hepatitis experimentales de origen nervioso, ha sido ampliamente desarrollado con los protocolos de los animales de experiencia. Mediante la inyección de diferentes sustancias en contacto con los esplácnicos, en el pedículo hepático y en otras formaciones del sistema nervioso vegetativo, ha obtenido considerables y variadas lesiones hepáticas. Ha usado con tal objeto, aceite fosforado, alcohol en distintas diluciones, cloroformo, sales de plomo, sales de arsénico y toxina diftérica. Ensaya sintetizar esas lesiones en cuatro grupos : dilatación venoso-capilar, hiperplasia retículo-endotelial, degeneraciones parenquimatosas y proliferación conjuntiva. Todas estas lesiones cree que pueden interpretarse como manifes-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

taciones de hepatitis hiperérgicas realizadas con intervención del simpático, ensayando luego aplicar estos hechos a la explicación de la patogenia de ciertas hepatitis observadas en el hombre, tales la producida por la quimioterapia anti-específica y las hepato-nefritis principalmente. Llega el autor a la conclusión fundamental, de que las sustancias tóxicas son capaces de determinar lesiones en el hígado no sólo directamente, sino por intermedio del sistema nervioso vegetativo, ofreciendo así una vía importante para la interpretación de los diferentes aspectos de la fisiopatología del hígado.

Jorge Voto Bernales C.

KANT : **Crítica de la razón pura.** Traducción del alemán por José del Perojo.—Un volumen en 8º, de 363 páginas.—Editorial Losada, S. A., Buenos Aires, 1938. Precio : 5 pesos argentinos.

Con verdadera complacencia saludamos la aparición de este libro en editorial hispanoamericana. Como lo recuerda el Prof. Francisco Romero en su nota preliminar, se trata de la primera versión castellana directa, publicada antes una sola vez, en Madrid, el año de 1883, por el traductor, cubano, discípulo de Kuno Fischer. Este libro contiene también la traducción de "Vida de Kant e historia de los orígenes de la filosofía crítica" por K. Fischer. Lo lamentable es que José del Perojo no tradujera toda la obra. Su traslación contiene la dedicatoria, los prólogos a las dos primeras ediciones, la introducción y la teoría elemental trascendental, incompleta : falta desde el anexo al segundo libro—"De la anfibología de los conceptos de reflexión"—, la teoría del método trascendental y los anexos a la primera edición. La versión española representa, pues, algo más de un tercio del texto de la **Crítica de la razón pura.** Pero esta parte fundamental y la introducción de Fischer constituyen ya valiosa materia para el estudioso de habla castellana. La presentación tipográfica del volumen es magnífica. Ojalá la Editorial Losada continúe desarrollando su plan de publicaciones de alta calidad, que constituye efectiva gestión cultural en nuestro Continente.

H. D.

JEAN LHERMITTE : **Les mecanismes du Cerveau.**—Un volumen en 8º, de 236 páginas, con 8 grabados.—Gallimard, Paris, 1938. Precio: 21 francos.

Este volumen que aparece en la colección "L'avenir de la science" es uno más que el Maestro Lhermitte publica en una colección de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

divulgación, y que, en realidad, mucho antes que otros merece un lugar preferencial. Con "Fundamentos biológicos de la Psicología" y "El Sueño" forma este libro un conjunto que no debe faltar en la biblioteca del estudiante ni en la del especialista, pues contienen resumidos y magníficamente expuestos, los problemas más nuevos como los más antiguos de la neurobiología. Alguien ha dicho que el mejor libro en todos los tiempos y en todos los lugares es el que enseña más cosas en el menor número de páginas; este epíteto se adapta estrechamente al libro que comentamos y que no ensayamos de analizar, puesto que sería tarea vana querer condensar lo que tan ordenado y condensado está, señalemos solamente que en los doce capítulos del libro se hace una exposición exhaustiva de las siguientes cuestiones : la evolución de las ideas sobre la significación fisiológica del cerebro; morfología y estructura del cerebro; estructura de la corteza cerebral; las grandes áreas funcionales de la corteza cerebral; la centralización de las funciones nerviosas; la telencefalización; la ablación de los hemisferios cerebrales en los animales y en el hombre: descerebraciones y hemisferectomias; los reflejos condicionados de Pawlow-Bechterew; el problema de las localizaciones cerebrales; los dispositivos cerebrales que sirven la función del lenguaje; el sueño y los sueños; cómo se construye, gracias al cerebro, la imagen de nuestro cuerpo; los fenómenos bioeléctricos cerebrales; el dispositivo regulador de las funciones corticales. Esta enumeración escueta da idea del interés que presenta la lectura de este libro, pues todos conocen la autoridad del autor, uno de los grandes Maestros de la Neurología mundial. Difícilmente se encontrará exposición más clara, precisa y completa de los reflejos condicionados o de los fenómenos bioeléctricos del cerebro, ni una crítica más serena y mesurada del problema de las localizaciones cerebrales y de la afasia, ni una más armoniosa exposición de la cuestión del sueño o del dispositivo regulador de las funciones corticales. A la reflexión no se sabe cuál artículo admirar y recomendar más. Con nosotros el lector, al terminar el libro, sentirá que no tenga unas cuantas páginas más. Y pensará que se debe reprochar al autor el no habernos igualmente esclarecido otros problemas, como—las agnosias, la apraxia, el dolor, etc., etc. Pero esperemos, que serán estos y otros asuntos, materia de un nuevo libro.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

HENRIQUE TANNER DE ABREU : **Jurispruencia Medica.**—Un volumen en 16°, de 232 páginas.—Tip. America, Rio de Janeiro, 1938.

Este volumen contiene una serie de conferencias sostenidas por el autor en diferentes ocasiones, sobre temas de Medicina Legal, o como el autor prefiere llamar, de Jurisprudencia Médica, conferencias que han sido publicadas en varias revistas brasileras. Reunidas en el presente volumen hacen un cuerpo de doctrina en que el maestro de Rio de Janeiro ofrece sus puntos de vista largamente madurados y serenamente expuestos, sobre temas fundamentales, como : jurisprudencia médica, en que se encontrará una exposición sobria de los derechos y deberes del médico; secreto médico, asunto de tan palpitante interés con la instalación del seguro social; responsabilidad médica, de tantas aplicaciones diarias; aborto médico, tema espinoso; eutanasia, sujeto igualmente delicado; la esterilización como medida profiláctica contra la criminalidad y la lepra; los honorarios profesionales, y, el derecho de tratar.

J. O. T.

Varios autores : **Collected Papers, Harvard Medical School,** Vol. VIII. —Un volumen en 8°, sin compaginación unitaria.—Boston, 1938.

El octavo volumen de la serie, bien conocida, del Departamento de Neurología de Harvard, contiene algunos trabajos que los miembros de tan importante Universidad han publicado en 1937. Este volumen trae las siguientes contribuciones : "Las tendencias actuales de la psiquiatría en los Estados Unidos", "La muerte de la psiquis" y "Perspectivas en psiquiatría" por C. M. Campbell; "Correspondencia emocional en clínica" por J. Whitehorn; "Modelos fisiológicos y disturbios mentales" por J. W. Thompson; Wm. Corwin y J. H. Aste-Salazar; "Psicoanálisis en la depresión tardía" por M. R. Kaufman; "Reacción en el líquido C. R. en la parálisis general modificado por una terapia malárica y triparsamídica" por L. Maletz y H. C. Solomon; "Síndrome conmocional en la terapéutica de la hiperpirexia" por I. Kopp y H. C. Solomon; "Terapia febril" por H. C. Solomon y I. Kopp; "El problema del alcoholismo en el Hospital de Boston City" por M. Moore y M. G. Gray; "Casos de intentos suicidas en un hospital general: un problema médico social y psicológico. Un informe sobre una condición local, incluyendo un reconocimiento de 1147 casos de intentos suicidas admitidos por el "Boston City Hospital" por M. Moore; "El alcoholismo crónico en Inglaterra, Escandinavia y Europa Central" por R. Fleming; "Factores personales y sociológicos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

en el pronóstico y tratamiento del alcoholismo crónico" por K. J. Tillotson y R. Fleming; "Acerca del problema del alcoholismo" por T. J. Putnam y M. Moore; 'Inteligencia y socialización" por F. L. Wells; "Vasta clasificación de "tests" de vocabulario" por C. R. Atwell y F. L. Wells; "Pasado y presente de la Neurología" por H. R. Viets; "Adolf Meyer" por C. M. Campbell; "Fielding H. Garrison y su influencia en la medicina Americana" por H. R. Viets; "El primer papel impreso de William Osler" por H. R. Viets; "Symposium sobre el sistema nervioso, central y simpático" por W. Cannon; J. C. White; J. B. Ayer; R. S. Mitchell; H. R. Viets; H. Davis; F. A. Gibbs; W. G. Lennox; S. Cobb; H. S. Forbes; S. Weiss y T. J. Putnam; "Meningitis linfocitaria aguda" por H. R. Viets y S. Warren; "Encefalitis epidémica" por W. L. Holt, Jr.; "Tratamiento de la miastenia grave por administración oral de prostigmina" H. R. Viets, R. S. Mitchell y R. S. Schab; "Hematoma subdural crónico bilateral" por W. L. Holt, Jr. y G. B. Pearson; "Diagnóstico, tratamiento y etiología de la hemicrania" por T. J. C. von Storch; "Alteraciones del líquido céfalo-raquídeo en la pneumoencefalografía" por R. S. Schwab y T. J. C. von Storch; "Reducción de los signos postencefalográficos por inhalación de oxígeno" por R. S. Schwab, J. Fine y W. J. Mixter; "Hemorragia subaracnoidea espontánea" por Ch. A. McDonald y M. Korb; "Meningitis a neumococo" Ch. A. McDonald y M. Korb; "El problema de la epilepsia" por W. G. Lennox; "Determinación experimental de las propiedades anticonvulsivantes de algunos derivados del fenilo" por T. J. Putnam y H. H. Merril; "Estudios en la epilepsia" por F. A. Gibbs; E. L. Gibbs y W. G. Lennox; "Mecanismo neurológico en la epilepsia" por P. I. Yakovlev; "Estudios en la esclerosis múltiple" por T. J. Putnam; T. J. Putnam y A. Adler; T. J. Putnam. "La circulación cerebral" por C. B. Thomas; H. S. Forbes, G. I. Nason y R. C. Wortman; H. S. Forbes; G. I. Nason, S. Cobb y R. C. Wortman; "Farmacología del sistema autónomo" por P. G. Schube, M. Ritvo, A. Myerson y R. Lambert; W. Thau, M. Rinkel y Julius Loman; "Efecto del sulfato de benzodrina en algunos estados mentales anormales" por P. G. Schube, M. C. McManamy, C. E. Trapp y A. Myerson; "La onda y concentración sanguíneas influenciadas por alcaloides ergotínicos y su influencia en la jaqueca" por W. G. Lennox, y H. C. Leonhardt; "Efecto de ciertas drogas en los electro-encéfalogramas" por F. A. Gibbs, E. L. Gibbs y W. G. Lennox; "Factores que producen la presión lumbar del líquido céfalo raquídeo en la posición erecta" por T. J. C. von Storch, E. A. Carmichael y T. E.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Banks; "Inconstância cardiaca en estados psicopáticos y neuróticos" por J. C. Whitehorn y H. Richter; "Modificación del método de Krasnogorski en el estudio de la secreción parotídea" por J. E. Finesinger y G. L. Finesinger; "Patogenia de la atrofia cortical observada en la demencia paralítica" por H. H. Merritt, T. J. Putnam y A. C. Campbell; "Modificación de la técnica de Weigert" por D. M. Schwab y T. J. Putnam; "Territorio arterial del área retro-olivar lateral" por L. Alexander y T. H. Suh; "Tumores y quistes del ángulo ponto-cerebeloso" por L. Alexander; "Lesiones cerebrales anafilácticas" por L. Alexander y A. C. P. Campbell; "Contenido mineral de varias lesiones cerebrales" por L. Alexander y A. Myerson, "Dolores dorsales por lesiones de discos intervertebrales" por J. S. Barr, A. O. Hampton y W. J. Mixter y "Ruptura de disco intervertebral lumbar. Factor etiológico en la ciatalgia" por W. J. Mixter.

J. O. T.

Varios autores : **Publications from the Institute of Neurology of the Northwestern University Medical School,** Vol. IX.—Un volumen en 8°, sin compaginación unitaria.—Chicago, 1937.

La novena serie de los volúmenes en que el Departamento de Neurología de la Northwestern University condensa la actividad de sus miembros en 1937, contiene como los precedentes volúmenes un rico material de trabajos que han aparecido en diferentes publicaciones. No se puede aquí sino citarlos : "Algunas funciones del Hipotálamo" por S. W. Ranson; "Regulación hipotalámica de la temperatura en el mono" por S. W. Ranson, C. Fisher y W. R. Ingram; "La descarga de adrenalina y simpatina determinada por estimulación del hipotálamo" por H. W. Magoun, S. W. Ranson y A. Hetherington; "Componentes facial, vocal y respiratorios de la expresión emocional" (Estudio experimental) por H. W. Magoun, S. W. Ranson y E. H. Ingersoll; "El sitio de formación de las hormonas posthipofisarias" por Ch. Fisher; "Efectos de la tiroidectomia, castración, administración de lóbulo anterior y preñez sobre la diabetes insípida en el gato" por W. R. Ingram y Ch. Fisher; "Sensación vibratoria" por L. J. Pollock; "Metabolismo hidrocarbonado en la epilepsia" por L. J. Pollock y B. Boshes; "Una revista de estudios físico-químicos en la epilepsia" por M. Brown y H. A. Paskind; "Los ojos en la epilepsia" por L. L. Mayer; "El metabolismo hídrico en relación con las convulsiones" por T. T. Stone y H. Chor; "Estudios neuro-otológicos en la epilepsia" por E. J. Blonder; "Factores hereditarios en la epilepsia"

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por H. A. Paskind y M. Brown; "El veneno de serpiente (Moccassin) en el tratamiento de la epilepsia" por I. Finkelman; "Fosforhemia durante el ataque epiléptico" por A. Weil y E. Liebert; "Sulfato de benzedrina y atropina en el tratamiento de las encefalitis crónicas" por I. Finkelman y L. B. Shapiro; "Regulación calórica en las encefalitis crónicas" por I. Finkelman y W. M. Sthephens; "Estudios histopatológicos en la poliomielitis experimental" por J. A. Luhan; "Uso clínico del cierre galvánico" por E. J. Blonder; "Sir Charles Bell. Un boceto biográfico" por H. A. Paskind; "Cambios químicos e histológicos en la denervación de los músculos esqueléticos del mono y gato" por H. Chor, R. E. Dolkart y H. A. Davenport; "La proporción de fibras mielínicas y amielínicas en la regeneración del nervio ciático del Macacus Rhesus" por H. A. Davenport, H. Chor y R. E. Dolkart; "Terminación en botón, pericelulares, en el sistema nervioso central de los vertebrados" por G. S. Phalen y H. A. Davenport; "Células y fibras en los nervios espinales" por J. F. Barnes y H. A. Davenport; "Desarrollo del mecanismo reflejo espinal en el embrión humano" por W. F. Windle y J. E. Fitzgerald; "Naturaleza de los primeros movimientos de los miembros anteriores de los embriones de mamíferos" por W. F. Windle; "Los fosfolipidos del cerebro, riñones y corazón del ratón blanco en el hipertiroidismo experimental" por A. Weil; "Significación de los receptores periféricos para la excitabilidad del sistema nervioso central" por E. Gellhorn, I. G. Spiesman y A. Weil; "El curso de las fibras centrales vestibulares en el gato" por A. R. Buchanan; "Topografía del eje cerebral del Macacus Rhesus con especial referencia el Diencéfalo" por D. Atlas y W. R. Ingram; "Una nota sobre la topografía del área pretectal en el mono" por D. Atlas y W. R. Ingram; "Rol del cerebelo en las contracciones posturales" por H. W. Magoun, W. K. Hare y S. W. Ranson; y, "Localizaciones cerebelosas por estimulación farádica por W. E. Hare, H. W. Magoun y S. W. Ranson.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

ARCHIV FÜR PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN, 1938, t. 109, Nº 1.

W. BIRKMAYER & CH. PALISA : **"Bewegungsautomatosen im Insulinshock"** (Automatosis motrices en el shock insulínico).—El tratamiento con shocks provocados con insulina ofrece oportunidad al estudio de abundantes manifestaciones de patología cerebral. Entre éstas han sido señaladas las de la motilidad, pero, según los autores, sin que se haya interpretado satisfactoriamente la sucesión de movimientos, que sería muy semejante, si no idéntica, a lo que Zingerle ha descrito como automatosis. Se ha objetado a Zingerle que el síndrome descrito por él podría ser interpretado como efecto de influencia sugestiva. La investigación sistemática de los autores descarta semejante interpretación, además de ofrecer un orden de nociones más riguroso. Con detalle describen 4 casos en los momentos sucesivos del shock, con todas las maniobras provocadoras y las reacciones motoras correspondientes de las enfermas, cuya regularidad, más o menos marcada, han verificado los autores en un grupo mayor de casos. Se trata de variaciones del tono y la postura provocadas por movimientos pasivos de las diversas partes del cuerpo, con un tiempo de latencia y una distribución relativamente variables según los sujetos y las circunstancias. No son, en rigor, reflejos de actitud y postura. El conjunto de estas manifestaciones tiene lugar a causa de la liberación de los mecanismos subcorticales de coordinación, no tratándose, empero, sólo de desconexión de los centros supraordenados del tronco cerebral, sino también de irritación de las funciones del propio tronco cerebral, como lo demuestran las perturbaciones vegetativas y de la esfera óculomotriz observadas como consecuencia de la misma causa : efecto difuso de la intoxicación por la insulina. Los movimientos, provocados en la forma indicada, corresponderían a coordinaciones adaptativas inducidas o forzadas, con propagación fluctuante del tono a grupos musculares sinérgicos en una sucesión determinada. Estos hechos concuerdan con las verificaciones de Magnus y de Keyn en gatos descerebrados : la flexión de la cabeza ha-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cia adelante produce en los enfermos con shock un predominio del tono de los flexores en toda la musculatura, mientras que la flexión dorsal genera un aumento general del tono de los extensores. Los autores dicen que antes que ellos nadie ha observado estas reacciones (véase las observaciones publicadas acerca de este tema en las págs. 486-7, t. I, de Revista de Neuro-Psiquiatría, anterior al trabajo que analizamos). En el estado final del shock hipoglicémico la rigidez, verdadera rigidez descerebrada, no se modifica con la anteflexión forzada de la cabeza—falta de automatosis que debe tomarse como signo indicador de profundidad alarmante del shock. Esta condición es comparable al estado de rigidez tónica observado por Strauss así como por Kral y Gamper en los ahorcados reanimados. Los autores consideran que carece de fundamento atribuir determinada localización——como lo hace von Angyal—a las diversas manifestaciones neurológicas del shock : el tronco cerebral reacciona, más bien, en forma semejante con diversas lesiones corticales. En cambio, dan la razón a von Angyal en lo que se refiere a la sucesión de fases; así habría una propensión óptima a la torsión entre las 2 y las 4 y 1/2 horas del shock. Asimismo, hacia la fase final del shock se presentan signos de lesión del sistema piramidal. Con respecto a la relación entre el estado de perturbación de la conciencia y la emancipación de la motilidad, los autores se inclinan al paralelismo y no al nexo causal. Las reacciones del paciente al dolor varían de acuerdo con el estado de la conciencia : al principio del shock son de defensa y fuga, coordinadas y con sentido; con el progreso de la somnolencia van perdiendo en coordinación y adecuación: al comienzo del coma los miembros no son alejados del estímulo dolorífico, y después, cuando el coma se define, se mueven al encuentro del mismo (asimbolia dolorífica); en pleno coma no se produce más reacción que la suscitada por la presión dolorosa, en forma de movimiento de retirada, que compromete el tronco; esta misma cesa en la fase terminal del shock, paralelamente con la cesación de las automatosis.

H. D.

ENCEPHALE, 1938, t. 2, N° 2.

A. AUSTREGESILO : **Conception clinique des neuronoses et des neuromyeloses** (Concepción clínica de las neuronosis y de las neuromielosis).—Las infecciones y degeneraciones del sistema nervioso periférico, en realidad afectan la unidad anátomo-fisioló-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

gica constituída por el nervio y la neurona de donde proceden sus fibras. Este concepto supone la inconveniencia del término de polineuritis, ya que exceptuando los traumatismos locales, la enfermedad del nervio implica la de la neurona de que forma parte. El carácter degenerativo de las lesiones encontradas en este complejo anatómico, inducen la denominación de neuronosis o neuromielosis para los procesos que ocurren a su nivel. El autor insiste en que se comprueban distribución bilateral y topografía radicular en las atrofias musculares, las alteraciones tróficas y los trastornos sensitivos de muchas polineuritis, y en que ofrecen al comienzo sintomatología medular, muchos cuadros que luego se presentan como exclusivamente periféricos. Esta íntima dependencia del nervio y de su neurona originaria, se ha demostrado también en las investigaciones anátomo-patológicas hechas en animales sometidos a regímenes carenciales. Presenta luego cuatro interesantes observaciones de síndromes neurológicos carenciales, en que se asociaron síntomas de compromiso periférico y medular, concluyendo que es necesario hacer una revisión más completa del problema de las llamadas polineuritis.

Jorge Voto Bernales C.

FORSCHUNGEN UND FORTSCHRITTE, 1938, Nº 33.

JOHS. ERICH HEYDE : **"Charakter als Begriff"** (El concepto de carácter).—Históricamente considerado, el concepto de carácter ha ampliado su significación, con independencia creciente respecto de la valoración moral, antes exclusiva. La investigación psicológica sustituye gradualmente a la idealización, desarrollándose una caracterología realista y metódica. Con el estudio objetivo de la conducta, del temperamento, del natural, de la aptitud etc. el concepto se amplía demasiado, hasta confundirse con la totalidad de las cualidades de la vida anímica personal. (La misma exageración ocurre al confundir el carácter con el tipo psicológico.) Es sensato hablar de carácter, aun del carácter ajeno, sólo cuando hay conciencia reflexiva del mismo. No es legítimo entender por carácter las particularidades somáticas, sino las anímicas, aunque lo corporal condicione el carácter. El nexo de eficacia sobre lo externo—cosas y personas—es otro de los fundamentos de la determinación del concepto de que tratamos. Es limitarlo de modo ilegítimo si se le refiere sólo a la esfera del ejercicio de la voluntad : el indiscreto, p. e., manifiesta involuntariamente este aspecto de su carácter. No se puede sostener tampoco que toda manifestación anímica condicionada por la índole subjetiva proceda

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del carácter. El concepto del mismo implica condicionamiento subjetivo por la valoración : no en el sentido de que sea bueno o malo el carácter del sujeto sino en razón de los valores y la escala de valores que son decisivos para sus acciones. En un plano de esa escala participan los estados afectivos vitales y de existencia, vinculados al aspecto biológico del sujeto. Así y en otras formas los sentimientos vitales personales son de gran momento en la constitución del carácter. En suma , según H., es esencial a la determinación del concepto de carácter lo que en el alma individual se destaca de los sentimientos vitales más propios como condición del acontecer subjetivo-objetivo, con intervención de la conciencia de sí mismo. Naturalmente, la conciencia de sí no es coextensiva con el conocimiento de sí.

H. D.

GIORNALE DI PSICHIATRIA E DI NEUROPATOLOGIA, 1938, Nº 1—3.

L. BINI : **"La diagnosi clinica dei tumori endocranici"** (El diagnóstico clínico de los tumores endocraneanos).—El autor se ha impuesto la tarea de verificar la aparente divergencia de opinión que existe entre los antiguos neurólogos, para quienes el diagnóstico de tumor cerebral está entre lo más difícil y árduo de la clínica, y la de los neurocirujanos que pretende el mismo diagnóstico relativamente fácil y preciso. Para llevar a cabo su propósito L. Bini ha seleccionado una serie de 42 casos observados durante 2 años en el Servicio del Profesor Cerletti; todos ellos verificados histológicamente en el curso de la operación o en la necropsia. Se trata de cuarentidós casos de "tumor endocraneano", la palabra tomada en su amplio sentido; es decir, comprendiendo : tumores del sistema nervioso y sus envolturas, granulomas, tumores parasitarios y abscesos. Cada caso minuciosamente analizado desde el punto de vista clínico, de los exámenes complementarios, radiográficos, operatorio e histológico va acompañado de un comentario en que se hace el raciocinio clínico y la valoración diagnóstica. Los casos se descomponen en la forma siguiente : 13 gliomas, 1 papiloma coroideo, 1 epitelioma coroideo, 1 ependimocitoma, 6 meningiomas, 2 neurinomas acústicos, 2 adenomas hipofisarios, 6 tumores metastásicos, 3 granulomas tuberculosos, 2 abscesos, 3 cisticercosis y 2 casos no tumorales. El análisis de estos casos conduce al autor a una serie de conclusiones interesantes entre las cuales es de retener que las estadísticas de los neurocirujanos están basadas en casos seleccionados en los cuales hay presunción tumoral, no

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sucede lo mismo con los casos que se observan en un gran servicio de neurología en los cuales el diagnóstico, sobre todo el de localización, queda siempre como uno de los más difíciles de la Neurología. Se consultará con provecho este importante trabajo en que se analizan cuidadosamente las causas y los errores más frecuentes en el diagnóstico general, en la apreciación de la extensión, del volumen, de la localización y de la naturaleza misma de los tumores endocraneanos. Una bibliografía al día completa este trabajo de 174 páginas, 76 figuras y 4 cuadros sinópticos.

J. O. T.

INDEX, 1938, Nº 2.

E. PICHON RIVIERE : **"Desarrollo histórico y estado actual de la concepción de los delirios crónicos".**—En esta mise-au-point del problema de los delirios crónicos, el autor expone las más importantes concepciones que se han formulado acerca del tema, a las cuales divide, según la nacionalidad de los autores, en francesas y alemanas. Al hacer el examen de las primeras, parte de las ideas iniciales, del siglo XVIII, de Boissier de Sauvages, Pinel, Esquirol, Genil Perrin, y de las ulteriores de Laségue, Falret, Morel y Magnan. Este último tiene el mérito de establecer en forma más concisa las nociones de delirio crónico a evolución sistemática, caracterizado por la falta de factores constitucionales neuropáticos y por su evolución lenta y progresiva, y la noción de delirio de los degenerados, que se presenta en los sujetos de abundante herencia neuropática, y con evolución irregular y polimorfismo. A continuación, Gilbert Ballet crea la noción de psicosis alucinatoria crónica, diferente de los delirios no alucinatorios, caracterizada por herencia psicopática, alteraciones cenestésicas, y por una evolución raramente regular. De esta suerte se inicia la gran división de los delirios crónicos en alucinatorios y no alucinatorios, sin que la diferencia estribe, según lo sustentaba Magnan, en los datos hereditarios. En último término, con Serieux y Capgras la concepción de los delirios sistematizados crónicos alcanza su más perfecta enunciación; describen dos cuadros fundamentales : los delirios sistematizados crónicos no alucinatorios, constitucionales (de interpretación, reivindicación y de imaginación), y el delirio sistematizado crónico alucinatorio, equivalente de la psicosis alucinatoria crónica de Gilbert Ballet, caracterizada por la preponderancia de alteraciones sensoriales, por la sistematización del delirio y por la larga conservación de la actividad psíquica. Serieux y Capgras reconocen la existen-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cia de transiciones entre el delirio sistematizado crónico alucinatorio y la demencia paranoide; sin embargo, separan netamente este grupo de la demencia precoz y lo consideran, junto con el delirio sistematizado crónico no alucinatorio, formando el grupo, independiente, de los "delirios sistematizados crónicos". En la escuela alemana el punto de vista dominante fué el criterio patogénico. Con Griesinger aparece el concepto de paranoia, pero muy diferente del actual; sigue una evolución muy accidentada y que, en cierta medida, tiene algunos contactos con la concepción francesa de los delirios crónicos, pues Kraft-Ebing acaba por dividirla en dos grupos, según que la idea delirante esté o no asociada con alucinaciones (paranoia combinativa y paranoia alucinatoria). Con Kraepelin se establece un criterio sistematizador diferente, pues atiende menos a la sintomatología que al proceso evolutivo y al estado terminal; aquellas formas de delirio de sistematización imperfecta y que evolucionan hacia la demencia son denominadas delirios paranoides y entran en el grupo general de la demencia precoz, y a aquellas otras que evolucionan sin debilitamiento psíquico terminal se las llama paranoias; además, establece el grupo de las parafrenias, que son delirios sistematizados crónicos con disociación limitada, y de las cuales existen las siguientes formas : sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica. De un estudio comparativo entre las sistematizaciones francesa y alemana se deducen las siguientes correlaciones : los delirios sistematizados crónicos no alucinatorios en sus formas reivindicacionista y de interpretación de los franceses corresponden al delirio de los querulantes y a la paranoia respectivamente, y la forma llamada delirio de imaginación vendría a ser la parafrenia confabulatoria de los alemanes; los delirios sistematizados crónicos alucinatorios corresponden a las parafrenias sistemática y fantástica; la parafrenia expansiva no tiene equivalente en la clasificación francesa. De una manera general, los delirios sistematizados crónicos de Serieux y Capgras equivalen al grupo de las parafrenias y a la paranoia de Kraepelin. En época muy reciente se han establecido con criterio dinámico otras clasificaciones, siendo una de las más importantes la de Charles Henry Nodet; divide los delirios crónicos en tres grandes grupos : delirios de estructura paranoica, que comprende todos los delirios sistematizados crónicos no alucinatorios y una cierta parte del grupo de las psicosis alucinatorias crónicas; en segundo lugar vienen los delirios de estructura parafrénica, que comprenden una gran parte de las psicosis alucinatorias crónicas y el delirio de Cotard o parafrenia melancólica; finalmente, el grupo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de los delirios de estructura paranoide, en el cual se sitúan la demencia paranoide de Kraepelin, la demencia paranoide hebefrénica de Claude y la esquizofrenia delirante de Ey. Según esto, la psicosis alucinatoria crónica desaparece, repartiéndose los delirios que la integraban en las estructuras paranoica, parafrénica y paranoide, que corresponden a tres niveles sucesivos de disolución de la personalidad.

C. G. N.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO-ANALYSIS, 1938, Nº 3.

MELITTA SCHMIDEBERG : **"The mode of operation of psychoanalytic therapy"** (El modo de acción de la terapéutica psicoanalítica).— En este brillante y substancioso estudio analiza la autora los mecanismos y factores fundamentales de la cura por psicoanálisis. Establece, en primer término, que toda forma de psicoterapia se funda en la tendencia espontánea a la autocuración y que las diferencias de los procedimientos empleados dependen de la elección de las tendencias anímicas que entran en acción o de la dirección que el terapeuta les impone. En el tratamiento psicoanalítico tiene un valor privilegiado la interpretación, pues gracias a ella el material inconsciente se hace consciente, se establecen uniones entre las ideas y los afectos, entre el pasado y el presente, entre la realidad y la fantasía y sobre todo se facilita la tendencia espontánea hacia la síntesis anímica; además, los puentes asociativos demolidos por la represión se reconstruyen o bien se crean otros nuevos. Aun las interpretaciones simbólicas son de gran utilidad para los pacientes de imperfecto desarrollo preconsciente. Por la interpretación el potencial energético reprimido puede ser utilizado. Otra forma de acción es la transferencia que amalgama una primordial fantasía con una situación real y presente, reactualizando afectivamente conflictos que en la época infantil no fueron plenamente conscientes o que se reprimieron por ser intolerables. En otros aspectos, el análisis puede modificar al super-yo y fusionarlo parcialmente al yo; se verifica una más completa fusión de los impulsos primarios puestos en libertad, a la vez que se opera su adecuada modificación (por ejemplo, los impulsos agresivos se libidinizan y los sexuales se distribuyen mejor o se subliman). En consecuencia, la modificación de las tendencias instintivas es el requisito para su liberación y ello constituye, en verdad, el factor terapéutico fundamental de la Psicoanálisis. También intervienen en el tratamiento factores sugestivos—que actúan reforzando la represión—pero ellos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ocupan un lugar secundario. Las interpretaciones inexactas aumentan la represión; las interpretaciones incompletas aumentan la duración del análisis. Es digno de tenerse en consideración que la tendencia a reprimir es en realidad más fuerte que la tendencia a hacer conciencia. Finalmente son muy sugestivas las consideraciones que Sch. establece acerca de las relaciones de análisis y educación; no es cierto que aquel destruya y esta afirme al super-yo; en realidad ambos métodos lo modifican. La educación es, sensu estricto, psicoterapia, siempre que se cumpla sobre la base del afecto e identificación con los parientes o maestros amados. Por ello en la educación la personalidad misma del educador es el factor plástico más poderoso. Muy diferente es el mecanismo y cometido del análisis—en ciertos aspectos superior a la educación—pues suscita y condiciona renovadas situaciones de libertad y modificación de las tendencias instintivas coartadas. Por lo mismo, el desarrollo del yo se alcanza sólo indirectamente por el análisis y directamente por la educación, y ambos procedimientos tienen de común el logro del dominio del ello por el yo, la fusión de los instintos y el encauce de la agresividad al servicio del Eros.

C. G. N.

JOURNAL BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE, 1938, Nº 3-4.

Reunion comune des societés de Neurologie, de Pediatrie et du Groupement d' Etudes Oto-Neuro-Oftalmologiques.—Esta reunión de las sociedades belgas de Neurología, Pediatría y Oto-Neuro-Oftalmología, fué consagrada al estudio del síndrome descrito por Guillain, Barré y Strhol en 1916. Desde esa fecha se habían relatado diferentes formas de este cuadro neurológico y dedicado algunas tesis a su estudio, mas era necesario una apreciación actual de conjunto que resumiese todo lo que se ha avanzado en su conocimiento e identificación. Estas consideraciones han sido tenidas en cuenta en el relato oficial, que estuvo a cargo de L. van Bogaert, Philips, Radermaker y Verschraegen, quienes después de hacer un análisis detenido de la literatura neurológica sobre este punto, ensayan la sistematización de esos informes y de la considerable casuística que han logrado reunir en algunos años, trazando con caracteres precisos los fundamentos clínicos y humorales que sirven para el diagnóstico, y llamando la atención sobre determinados síntomas que no destacan entre sus observaciones, pero que estiman probable que puedan dar la fisonomía clínica

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de otros casos, tales las manifestaciones de disfunción cerebelosa. Llegan a la conclusión de que se trata de una entidad mórbida autónoma, muy probablemente de origen infeccioso. Fueron presentadas además otras comunicaciones de van Gehuchten, Martin y Titeca, Dereux, Biemond, Clement y Ketelban, Roger y Bouderesques, Giraud Riser y Planques, Maere, Dagnelie y Cohen, quienes han hallado formas clínicas que responden a diferentes localizaciones, e intentan hacer la interpretación etiopatogénica. Estas comunicaciones fueron seguidas por la síntesis general de la discusión, hecha separadamente por Barré y por Guillain; ambos neurólogos discutieron a su vez las observaciones llevadas a esa sesión y ampliaron sus puntos de vista, principalmente en lo que se refiere al pronóstico, que aceptan actualmente puede ser excepcionalmente desfavorable. La lectura de todos estos trabajos es recomendable, porque reclaman justamente la atención sobre una entidad cuya frecuencia parece haber aumentado en varias partes del mundo, y que puede diferenciarse dentro del interesante conjunto de las poliradiculoneuritis.

Jorge Voto Bernales C.

JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 1938, Nº 352.

R. GJESSING : **"Disturbances of somatic functions in catatonia with a periodic course, and their compensation"** (Trastornos de las funciones somáticas en la catatonía de curso periódico, y su compensación).—Después de referirse brevemente a las características psicopatológicas y físicas que presentan estos pacientes desde la iniciación de su alteración y durante la evolución, expone su método de trabajo, con el cual presenta el resultado de sus investigaciones realizadas acerca de los trastornos de las funciones somáticas en la catatonía de curso periódico. En primer término estima indispensable para llegar a conclusiones exactas la extirpación radical en los pacientes, de todo proceso focal infeccioso agudo o crónico; después, previo adiestramiento sistemático, emplea el método de registración kinética para la investigación de diversas funciones fisiológicas, tales como medición del consumo de oxígeno, del nitrógeno total, de la urea, etc., todo con una dieta estrictamente medida y conocida. A continuación expone el resultado de sus observaciones practicadas con este método durante más de 10 años en 33 pacientes, de los cuales 24 son catatónicos periódicos, 6 paranoides y 3 pertenecientes a otras condiciones. A los primeros los divide en dos grupos de acuerdo con su modo de reacción: sincrono-sintónicos y asincrono-asintónicos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

según que los cambios metabólicos coincidan o no, con los de la fase mental. En el mismo grupo de reacción sincrono-sintónica encuentra dos diferentes tipos, a los que llama A y C, caracterizada el primero, entre otras, por elevación súbita de la presión arterial, aumento del número de pulsaciones, aumento del consumo de oxígeno tanto en la fase de excitación como en la de estupor catatónicos, etc.; el segundo, por estupor y excitación con aumento del consumo de oxígeno, pero condicionado este último por la inquietud motora, gran labilidad mental vegetativa durante toda la fase de excitación. Estos resultados han sido confirmados por otras investigaciones independientes, en las que aparece la curva del N no proteico opuesta en los dos tipos. Refiee que los cambios metabólicos esenciales en la catatonía periódica son : variación periódica en el balance del N. con fases alternantes de retención y sobreexcreción; manifestación de un síndrome de reacción al que llama "irritación complejo-sintomática". Finalmente al referirse a la compensación de los disturbios metabólicos, recuerda sus primeras observaciones formuladas en 1929, según las que el período de estupor ocurría cada vez que la retención de N. alcanzaba una cifra alrededor de 15 gr., lo que condicionaría la formación de una sustancia tóxica, la que a su vez irritaría los centros vegetativos reaccionando éstos por excitación o estupor. Luego, impidiendo o eliminando este depósito nitrogenado, lógicamente el síndrome de estupor o excitación no debería ocurrir. Con este criterio usa tiroxina y tiroides seco en grandes dosis para obtener un balance negativo de N. Los resultados parecen halagadores, pues, los pacientes se comportan en lo sucesivo sin fases de estupor, asequibles, sociables y contraídos al trabajo. Desgraciadamente la experencia de examinar varios de estos catatónicos periódicos le conduce a declarar que este procedimiento se limita a mejorías transitorias y "a compensar una deficiencia, pero no a realizar una cura". Una serie de diagramas ilustra claramente este importante trabajo de largos años de paciente y muy meritoria labor.

P. Anglas Quintana.

JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1939, t. 89, N° 1.

SIDNEY W. GROSS : **"Tumor of the lateral ventricule with mental sypmtoms"** (Tumor del ventrículo lateral con síntomas mentales).—En los tumores de los ventrículos laterales, sólo se habían señalado escasos y discretos disturbios del psiquismo. El autor refiere la observa-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción de un paciente, en el que un meningioma angioblástico del ventrículo lateral izquierdo verificado opeatoriamente daba una sintomatología en que predominaban algunos trastornos psíquicos : depresión, desorientación, decadencia de la memoria y del juicio. La eliminación quirúrgica del tumor fué seguida de mejoría del cuadro psicopatológico. La frecuencia con que se presentan trastornos mentales en las neoplasias del cuerpo calloso, nos hace pensar que quizás fuera la compresión ejercida por el tumor sobre esa formación, la responsable de la sintomatología sobre la que el autor llama la atención.

Jorge Voto Bernales C.

JOURNAL OF THE CONNECTICUT STATE MEDICAL SOCIETY, 1938, No. 7.

STANLEY ROCHELLE DEAN : **"Studies in convulsant therapy"** (Estudios acerca de la terapéutica convulsivante).—En breve introducción refiere que su trabajo se basa en los principios de von Meduna, Friedman y su propia experiencia en una serie de 880 inyecciones de las que 630 corresponden al gran mal y 250 al pequeño mal. Recuerda, siguiendo las indicaciones de von Meduna, las principales contraindicaciones de este método (enfermedades cardiovasculares, infecciosas, etc.), así como la vigilancia estricta a que deben estar sometidos los pacientes antes y en pleno tratamiento. Después de señalar las propiedades físico-químicas del metrazol y de la técnica de su administración, refiere que a uno de sus pacientes, atendiendo a las indicaciones de Friedman, somete a dieta y lo alcaliniza químicamente antes y durante el curso de las inyecciones; pero que si bien esta alcalosis aumenta la irritabilidad y rebaja el dintel de reacción, encierra serios inconvenientes. Al lado de ésta presenta un grupo de pacientes mantenidos a dieta altamente calórica y los resultados de reacción son idénticos al caso alcalinizado. Al comentar la cuestión de la sedación del enfermo, dice que siendo ésta muy deseable y necesaria, ha encontrado en su clínica una droga : la hioscina, la que en muchos casos no solamente produciría la sedación, sino que rebajaría el dintel irritativo individual, de tal manera que la reacción se produciría a una menor dosis de metrazol que antes. Indica que esta hioscina puede usarse en forma de inyecciones hipodérmicas en gr. 1/150 á 1/100. En la descripción de la técnica de la inyección, ya bastante conocida, se debe mencionar la recomendación que formula de efectuar la inyección endovenosa de metrazol lo más rápidamente posible, em-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pezando por 3 cc. y aumentando la dosis en 0,5 cc. ó 1 cc. en cada dos o tres inyecciones para evitar fracasos y mantener así una larga serie no interrumpida de ataques completos. En la descripción del ataque señala el intrevalo en segundos que media entre la inyección puesta y la aparición del aura (tos, parpadeo, grito, etc.) y la duración de éste. En seguida, antes de describir el ataque tónico, individualiza una "fase de precipitación" fugaz de 5", en que todavía no hay pérdida de la conciencia, no hay el ritmo de la fase clónica, que es a menudo el componente terminal de la reacción del pequeño mal, con gran susceptibilidad neuromuscular a tal punto que un pequeño estímulo abdominal en este instante puede rebajar el umbral de excitación y desencadenar el gran mal. A continuación se refiere al ataque tónico y clónico conforme a la clásica descripción de Gowers acerca de la epilepsia, es decir, a las manifestaciones del sistema nervioso de la vida de relación a las que añade las reacciones del sistema vegetativo. En el período del post-ataque describe separadamente una "fase restante" en que comprende la cianosis, la palidez, la respiración entrecortada y estertorosa, la sialorrea, etc.; una "fase automática" en la que la obnubilación mental continúa; "fase de sueño", momentos en que el paciente se sume en somnolencia o sueño profundo al parecer natural durante tiempo variable, despertando con amnesia completa de lo ocurrido. Con el título de "la reacción del pequeño mal" explica la fase del ataque frustrado la que concluye en la fase de precipitación y como los enfermos no han perdido la conciencia y recuerdan vivamente las sensaciones desagradables, menciona el estado psíquico angustioso y de terror que experimentan por lo que en lo sucesivo oponen resistencias al tratamiento. Al mencionar las aisladas complicaciones que se presentan en el curso de esta cura convulsivante, cita algunos casos: luxación de la mandíbula, dolorabilidad espástica de los músculos masetero y temporal, equimosis transitorias de los brazos, todas las que cesaron en pocos días con la ayuda de vitamina C.; pero recomienda, también, mucha cautela y prudencia en la selección de estos enfermos. Finalmente, en una gráfica muy demostrativa en forma de un reloj, presenta las diferentes fases en sucesión cronológica, partiendo desde el instante de la inyección hasta la fase restante.

P. Anglas Quintana.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

MONATSSCHRIFT FÜR KRIMINALBIOLOGIE UND STRAFRECHTSREFORM, 1938, Nº 8.

KURT SCHNEIDER : **"Ueber Psychopathen und ihre kriminalbiologische Bedeutung"** (Acerca de los psicópatas y su significación criminológica).—Hace 50 años que J. L. A. Koch inició el estudio de las personalidades psicopáticas, al ocuparse de lo que él llamara "inferioridades psicopáticas". Es ya familiar el concepto de psicopatía propugnado por Sch. : psicópatas son los individuos que a consecuencia de su personalidad anormal, más o menos en toda situación, caen en conflictos interiores o exteriores. Los perturbadores, por cuya conducta sufre la sociedad, perturban a consecuencia de la estructura de su personalidad. No todo perturbador es psicópata y el ser perturbador psicopático constituye una consecuencia de la desviación de la índole del sujeto respecto del término medio normal. El fundamento corporal de la psicopatía es la constitución en su conjunto, no una localización cerebral. La constitución es para Sch., como para la mayoría de los médicos, no sólo el genotipo, sino—dando importancia a las influencias del medio—la totalidad del organismo morfológico con sus funciones espontáneas y reactivas (cabe agregar : en lo que tiene de particular o individual). La biología criminal tiene que aceptar el criterio hipotético, no demostrado, de que toda la personalidad es reductible a la constitución biológica. Las manifestaciones de la psicopatía adquirida, o mejor "pseudopsicopatía", no se diferencian de las de la congénita. Respecto de la teoría de Kretschmer, cuya fecundidad heurística no niega, Sch. repudia la pretensión de erigir en medida universal para todas las psicopatías los dos o tres grupos de psicosis que sirven de punto de partida a la tipología de Kretschmer. Al popularizarse, por su simplicidad, esta concepción es causa de que médicos y juristas hagan un uso aciago de la terminología correspondiente. Frente a este dilettantismo pernicioso Sch. sostiene : "No conocemos personalidades esquizotímicas y ciclotímicas, ni psicópatas cicloides, esquizoides y epileptoides, y tenemos por peligroso recomendar tales conceptos en la instrucción de los médicos". Se pueden emplear semejantes designaciones sólo en los casos en que la herencia de las psicosis correspondientes intervenga en la estructura de la personalidad—no como término técnico clínico o descriptivo (fuera de la evidente influencia del círculo hereditario). Aunque condicionándola biológicamente—la genealogía de los psicópatas lo patentiza—la psicopatía no es ni enfermedad ni estado morboso : corresponde a variaciones y anormalidades de la constitución. El

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

derecho penal no puede desconocer este criterio sin grave peligro. Respecto de la clasificación de las personalidades psicopáticas no cabe sino una tipología psicológica, pues no hay base somática utilizable. Dentro de las tipologías psicológicas (entre las cuales la de Sch. se impone) todo criterio sistemático resulta artificioso. No todos los psicópatas son socialmente indeseables, los hay también valiosos. Desde el punto de vista criminológico merecen atención los siguientes tipos. El hipertímico exaltado es pendenciero, inestable, mentiroso o baladrón; entra a veces en conflicto con la ley sin ser precisamente asocial. El fanático es particularmente propenso, según la variedad, al delito político, a la querella, a los procesos judiciales, a la propaganda malsana. El maniático de la notoriedad delinque sobre todo por la pseudologia fantástica, aplicada en forma de engaño, estafa, contumelia, seducción, complicidad. Los de temple lábil tienen irregularidades dependientes de las quiebras de su estado de ánimo : prodigalidad, abandono del hogar o del trabajo, incendios, robos, delitos pasionales, deserción. Los psicópatas explosivos, pueden delinquir por sus reacciones de corto circuito : lesiones corporales, daño material, desobediencia, insubordinación, desacato, abandono de obligaciones; la embriaguez sirve a menudo como factor complementario o desencadenante. Los psicópatas sin sentimientos superiores (anafectivos) tienen particular importancia en criminología por su proclividad a las transgresiones graves y constituyen buena parte de los delincuentes habituales, de toda suerte de delitos, sobre todo de los más brutales; son incorregibles. Los faltos de voluntad son instrumento fácil de los criminales activos. Muchos delincuentes son psicópatas, pero no todos. Además, una buena proporción de los criminales psicópatas no pertenecen a un tipo determinado, sino que su personalidad representa ora la combinación de diversas psicopatías o rasgos psicopáticos, ora la mezcla de psicopatía y oligofrenia. Hay reacciones propias de la prisión que no pueden referirse a una personalidad psicopática determinada.

H. D.

NATURE, 1937, t. 140.

JOHN W. THOMPSON, Wm. CORWIN, J. H. ASTE SALAZAR : **"Physiological patterns and mental disturbances"** (Patrones fisiológicos y alteraciones mentales).—Con el objeto de investigar la posible correlación entre las manifestaciones psicóticas y un pobre suministro de oxígeno al sistema nervioso central, los autores estiman el con-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tenido gaseoso de la sangre arterial y el de la obtenida de la vena yugular interna, tanto en un grupo control como en otro, de pacientes esquizofrénicos, algunos de los cuales pertenecen al tipo activo paranoide y otros, a la variedad catatónica. Durante la extracción de las muestras de sangre, obtienen un espirograma destinado a descubrir en la respiración algunas alteraciones temporales que podrían afectar el contenido gaseoso de la sangre examinada. Antes, durante y después de la punción encuentran en el grupo esquizofrénico, marcada regularidad en el ritmo, uniformidad en la profundidad de la inspiración y de la expiración y, pequeño aire corriente en contraste a la relativa irregularidad de todos estos hechos antes de la punción y a la marcada irregularidad que sobreviene en el momento de la misma, en el grupo control. El volumen minuto determinaron por el método de Grollman en algunos pacientes y en el grupo control. Declaran que el número de sus observaciones no es lo suficientemente grande para ser enteramente representativo. Han observado volumen sistólico e índice cardiaco pequeños en la mayoría de los esquizofrénicos, en quienes se hicieron estas determinaciones, siendo más acentuados en los catatónicos que en los paranoides. En coincidencia con otros autores, encuentran el metabolismo basal en general bajo. Una notable semejanza en los hallazgos obtienen en los esquizofrénicos mientras que aquellos del grupo control muestran variabilidad más grande en algunas ocasiones. Citan el caso de un esquizofrénico que respirando en un aparato de Roth-Benedict, empezó a hiperventilar violenta y rápidamente durante 3 y ½ minutos antes de ser persuadido a desistir. Siguiendo el período de hiperpnea su respiración continuó exactamente con el mismo ritmo y uniforme profundidad como antes de la iniciación de su voluntaria hiperventilación. No hubo período de apnea ni semejanza de respiración tipo Cheyne-Stokes. Encuentran miembros del grupo control con un regular tipo de respiración, unos con un pequeño aire corriente, otros con un pequeño volumen minuto y algunos con un alto CO^2 arterial o una baja saturación de 0^2. Otros pueden tener un bajo metabolismo basal o una gran diferencia en el contenido gaseoso de la sangre arterial y de la vena yugular interna o una baja presión arterial. Finalmente terminan manifestando que muy pocos muestran fijeza de los procesos fisiológicos y ninguno—tanto como sus observaciones lo permiten—presentan la combinación de estos fenómenos en grado tal como los esquizofrénicos.

P. Anglas Quintana.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NEOPSICHIATRIA, 1938, t. 4, Nº 4.

LELIO GRIMALDI y ANTONINO TOMASINO : **"La cura della schizofrenia con le crisi seriali ipoglicemiche provocate"** (La cura de la esquizofrenia con las crisis hipoglicémicas provocadas).—Desde fines de 1935 los autores emplean el método de Sakel en el tratamiento de la esquizofrenia. El presente trabajo se refiere a los resultados que han obtenido últimamente con su aplicación en 35 esquizofrénicos. Han logrado 10 remisiones completas (28.5%), de las cuales 5 corresponden a pacientes con psicosis en su período inicial; 7 mejorías (20%) y 18 casos negativos (40.5%). Para alcanzar mejores resultados, los autores llaman la atención acerca de la necesidad de verificar la exactitud del diagnóstico y afirman que antes de la cura insulínica debe intentarse la piroterapia que, prescindiendo de su forma malárica, no tiene contraindicaciones ni peligros y ofrece tantas posibilidades de éxito como la insulinoterapia.

León Mejía.

NERVENARZT, 1938, Nº 10.

DIETRICH JAHN : **"Die koerperlichen Stoerungen bei endogenen Psychosen"** (Los trastornos corporales en las psicosis endógenas).—El A. considera las siguientes características en relación con el tipo constitucional : 1o. Los asténicos, en cada acto corporal o psíquico generan alcalosis sanguínea por eliminación de grandes cantidades de CO^2 mediante la respiración y sobreproducción de HCl en el estómago; en los pícnicos no hay tendencia a la alcalosis por los mecanismos señalados. 2º En los asténicos hay tendencia a la hipoglicemia porque el músculo capta ávidamente la glucosa y el hígado no la abastece con suficiencia; en los pícnicos la glucosa se acumula en la sangre antes de ser captada por el músculo. 3º Los primeros excretan orina alcalina rica en fosfatos; los segundos no eliminan orina alcalina. 4º Los asténicos tienen hígado pobre en glucógeno y después de agotado éste, proporcionan cuerpos cetónicos que se acumulan en la sangre; para sustituir la falta de glucógeno las grasas del tejido celular subcutáneo son transportadas al hígado (lipemia); los pícnicos tienen hígado rico en glucosa y el tejido celular subcutáneo no es atacado. 5º En los asténicos la administración de creatina no altera la curva de la glucosa sanguínea; en los pícnicos dicha curva muestra una alteración notable. 6º Desde el primer día de la administración de floridcina se presenta acetonuria en los asténicos; en los pícnicos la acetonuria aparece sólo después de tres semanas de dicha ad-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ministración. 7º Inclinación a la hipocolesterinemia, a la baja presión arterial y poca sensibilidad a la acción de la adrenalina en los asténicos; por el contrario, en los pícnicos se observa tendencia a la hipertensión arterial y marcada sensibilidad a la adrenalina. 8º Bajo metabolismo basal, en los asténicos, a pesar de la hiperfunción de la tiroides, como prueban el contenido de yodo sanguíneo y el hecho que después del ejercicio muscular se mantiene alto durante mucho tiempo; en los pícnicos el metabolismo basal se halla en el límite superior de la normalidad y después del ejercicio retorna a su punto de partida. Entre los asténicos se encuentran los esquizofrénicos, esquizotímicos y gran parte de los epilépticos, si bien los últimos se diferencian de los otros por su mayor contenido de colesterina en la sangre. En lo restante progresa el cuadro que antecede hasta que se produce el ataque epiléptico que cambia totalmente las condiciones del metabolismo. En los esquizofrénicos progresa el cuadro vagotónico-alcalósico anotado, al que debe añadirse las alteraciones anotadas por Scheid, con acumulación creciente de N^2 en el organismo hasta que se desborda el estadio febril que trae aumento del pulso, de la presión sanguínea, de la glicemia, de los leucocitos, de la eliminación de N^2, de la diuresis y de la acidosis. Las investigaciones de Franz Fischler uniendo la vena porta con la cava inferior (fístula de Eckstein) mostraron que se produce hipoglicemia, alcalosis en la orina, disminución de la producción de urea y de los procesos de oxidación llegando a veces a manifestarse accesos catalépticos. A iguales resultados llegó el mismo autor administrando floridcina a los animales de experimentación y dijo que se trata de una intoxicación glicopriva con menoscabo del fermento que forma la urea (la intoxicación se debe a productos intermedios del metabolismo de las proteinas. Además, las investigaciones de Tanhauser y otros mostraron que el hígado toma parte activa en la esterificación de la colesterina con los ácidos grasos. Todos estos hechos han sido encontrados por J. en muchos esquizofrénicos concordando con los trastornos mentales. Otras veces, en cambio, se encuentran considerables alteraciones del metabolismo y poca o ninguna anormalidad en la psiquis. J. piensa que el primer órgano afectado por los trastornos del metabolismo anotados, es el cerebro intermedio, a la manera que en la enfermedad de Wilson.

L. A. Guerra.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NEUROBIOLOGIA, 1938, Nº 2.

J. LUCENA : **"Contribucao ao estudo de algumas manifestacóes iniciais das esquizofrenias"** (Contribución al estudio de algunas manifestaciones iniciales de la esquizofrenia).—En diecisiete casos seleccionados se estudia las manifestaciones iniciales, que solamente en 7 tenían los caracteres esquizofrénicos, en los 10 restantes revestían síntomas de otros cuadros mentales. El autor recuerda los numerosos estudios dedicados a manifestaciones iniciales de la esquizofrenia y nota que, aun en una cuestión tan limitada y en un problema tan objetivo, las corrientes de ideas, que enriquecen cada cierto tiempo la psiquiatría, hace sentir su influencia. La descripción antigua de la fase inicial de la entidad demencial que era la hebefrenia ha sido ampliada por la noción de esquizofrenia, por la verificación de psicosis mixtas y asociadas y por la noción de constitución. En fin, más recientemente la distinción en la entidad misma de la esquizofrenia de subtipos especiales, así como la noción de desarrollo evolutivo que va de la despersonalización al autismo han creado nuevos problemas por resolver.

J. O. T.

NOTE E RIVISTE DI PSICHIATRIA, 1938, Nº 4.

GIOVANNI FATTOVICH : **"Il metabolismo degli idrati di carbonio nel parkinsonismo postencefalitico"** (El metabolismo de los hidratos de carbono en el parkinsonismo postencefalítico).—Al estudiar el intercambio hidrocarbonado en los parkinsonianos postencefalíticos, el autor previamente presenta las investigaciones experimentales realizadas por diferentes autores acerca de la concomitancia de posibles lesiones diencefálicas, periventriculares y más exactamente de aquella región tuberohipofisaria, en donde estarían localizados los centros glicoreguladores. De estos trabajos minuciosos se deduce la frecuencia, en la evolución del parkinsonismo postencefalítico, de alteraciones más o menos acentuadas del metabolismo, las que según unos autores obedecerían a lesiones diencefálicas con alteración de los centros reguladores vegetativos del intercambio de los azúcares, según otros a alteraciones meningocorticales, etc. Entre sus observaciones personales analiza a 7 pacientes de este tipo en quienes determina la tasa glicémica, en igualdad de condiciones y con 10 horas de ayuno previo, de donde deduce que la oscilación glicémica en estos enfermos no alcanza cifras superiores a la media normal. A continuación, con

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

el objeto de observar el mismo intercambio hidrocarbonado frente a sustancias hiperglicemiantes entre éstas la adrenalina, se refiere a las diferentes explicaciones planteadas por diversos autores acerca del mecanismo de acción de estas sustancias. Según la mayoría de ellos la secreción adrenalínica estaría bajo el control del sistema nervioso simpático, mientras que el vago regularía la secreción de la insulina; de tal manera que el valor glicémico estaría condicionado por un equilibrio vago-simpático. Las investigaciones fármaco-dinámicas practicadas en los parkinsonianos postencefalíticos demuestran que estos enfermos presentan una débil reacción ante sustancias simpático-tónicas (adrenalina, atropina) y una reactividad exagerada ante sustancias vago-tónicas (pilocarpina, fisostigmina). Así aparece de las sucesivas pruebas realizadas con adrenalina, adrenosina (partes iguales de adrenalina al o/oo e hipofisina), extractos suprarenales cortical y medular, atropina, ergotamina, extractos esplénicos y hepáticos, extractos pre y retrohipofisarios, hormona paratiroidea, extractos epifisarios, hormona folicular cuyos resultados parciales consigna el autor con toda amplitud especificando el número de pacientes observados y la técnica seguida. Finalmente, sintetizando la exposición de sus investigaciones acerca de la modificación del intercambio hidrocarbonado frente a algunas sustancias fármaco-dinámicas y extractos glandulares endócrinos que intervienen sobre la glicolisis, concluye afirmando la existencia en estos sujetos más que de una verdadera y propia alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de una labilidad especial por trastorno del sistema nervioso vegetativo.

P. Anglas Quintna.

OSPEDALE PSICHIATRICO, 1938, Nº 4.

GIOVANNI FATTOVICH : **"Osteodistrofie e psicosi"** (Osteodistrofia y psicosis).—Refiriéndose a las relaciones que existen entre la osteodistrofia y las enfermedades nerviosas y mentales, presenta un caso clínico: sujeto de 39 años, en 1919 se inicia su enfermedad física con dolores en el miembro inferior derecho. En los años siguientes se acentúan sus síntomas y complican con la aparición de iguales trastornos en el lado opuesto, impotencia funcional hasta llegar a la incapacidad para el servicio que entonces desempeña. En 1930 aparecen disturbios mentales caracterizados principalmente por ideas delirantes de persecución y de depresión, a tal punto que intenta suicidarse en dos oportunidades. Es internado al hospital con el diagnóstico de demencia precoz y paresia espástica por Mal de Pott dorsal. Este

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

caso es objeto de minuciosas observaciones objetivas; exámenes del sistema nervioso (paracraneales, reflejos en general, etc.), exámenes radiográficos del esqueleto y articulaciones, por los que se puede apreciar marcada decalcificación sobre todo del cráneo y columna vertebral; investigaciones de laboratorio; examen del estado psíquico por el que se aprecia a su ingreso un cuadro catatónico con ideas delusivas de grandeza, mutismo, etc. En general, distingue en su evolución tres fases caracterizadas, la primera por trastornos de la motilidad casi exclusivamente en los miembros inferiores; la segunda, por aparición de un proceso osteodistrófico representado por un encurvamiento de la columna vertebral; y, la tercera, por agravación de las alteraciones óseas contemporáneamente con una rápida instauración de un síndrome psíquico que se inicia por un proceso distímico y adquiere pronto un tinte demencial. Luego, en apoyo de la existencia de una estrecha relación cronológica entre el proceso distrófico y el trastorno mental—por lo tanto no de una mera coincidencia—reconoce para ambos un mismo agente etiológico. Previamente define la naturaleza de la enfermedad ósea del paciente y, después de realizar un diagnóstico diferencial con afecciones similares, encuadra con mayor precisión con una osteomalacia, en donde—por otra parte—numerosos autores habían encontrado ya alteraciones mentales. Termina suponiendo que, en el caso presente, sea el mismo factor endócrino el que determinando la osteodistrofia puede en alguna manera haber actuado sobre los intercambios bioquímicos del organismo, dando origen a los trastornos mentales. Numerosas reducciones fotográficas y radiográcas del esqueleto y articulaciones confirman evidentemente este interesante trabajo.

P. Anglas Quintna.

PSYCHIATRISCH - NEUROLOGISCHE WOCHENSCHRIFT, 1938, Nº 45.

A. V. BRAUNMÜHL: **"Das «Azoman» bei der Krampfbehandlung der Schizophrenie"** (El "Azoman" en el tratamiento convulsivante de la esquizofrenia).—Behrens, Dinkler y Woenckhaus, a mediados de 1937, dan a conocer en Alemania una substancia analéptica y convulsivante, llamada "T 156", Triazol y Azoman. Dinkler la ensaya en el diagnóstico de la epilepsia. V. Braunmühl la prueba en el tratamiento de la esquizofrenia, lo mismo que Mayer-Gross y Walk en Inglaterra. Químicamente esta substancia es un 3-etil-4-ciclohexil-1, 2, 4-triazol. Las experiencias en animales revelan que, a dosis convulsi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vante, produce aumento de la presión arterial (de origen central), siendo inocua para el corazón y la sangre. La aplicación de la solución al 5% a los esquizofrénicos permite a v. B. precisar, entre otras cosas, la dosis y las indicaciones. Lo primero tiene mucha importancia porque el Azoman en exceso produce ataques a repetición. Aplicado solo o en combinación con la cura insulínica (a semejanza del Cardiazol según el método aditivo de Georgi), se requiere para el uso por vía intramuscular en el primer caso (sin insulina) 0.039 cc. en el hombre y 0.037 cc. en la mujer, por kilo de peso, y por la vía endovenosa 0.023 cc. y 0.021 cc., respectivamente; en el segundo caso (en estado hipoglicémico), sólo se aplica por vía intramuscular, a dosis de 0.025 cc. en el hombre y 0.023 cc. en la mujer por kgr. de peso. El ataque es como el causado por el Cardiazol; produce a menudo transpiración profusa, así como tardía elevación de temperatura (hasta 38° y más) y también vómitos. El intervalo entre la inyección endovenosa y el ataque es mayor que en el Cardiazol y menor con la inyección intramuscular, que es por término medio de 10 minutos. En un tercio de los casos la primera iny. es ineficaz y se requiere repetir. En este caso se puede observar excitación motriz y estado crepuscular con tendencia a prolongarse. Asimismo, a pesar de la más rigurosa dosificación, suelen repetirse los ataques, sobre todo con la primera aplicación. La cura con Azoman parece tan eficaz como la de Cardiazol, pero requiere mayor atención y cautela. Tiene las siguientes ventajas sobre ésta : las sensaciones penosas que produce la iny. intravenosa son menores, la solución no daña las venas y la aplicación intramuscular es de efecto más pronto y mucho más seguro. Las indicaciones son : 1° en sujetos de venas inapropiadas, en iny. intramuscular; 2° en los casos en que no es posible asociar la terapéutica convulsivante con la hipoglicemiante, la iny. endovenosa de Azoman es bastante bien tolerada; 3° en hebefrénicos y catatónicos agitados (usando la vía intramuscular en aquellos cuyo estado hace imposible la iny. endovenosa), como agente tranquilizador de primer orden, incluso en los enfermos crónicos, "tratamiento convulsivante sintomático". v. B. preconiza como tratamiento de los casos recientes la insulina combinada con Cardiazol. Para los detalles—muy importantes—de la técnica del tratamiento, como cálculo de las fracciones de peso del enfermo, dosis y momento de la segunda iny. al fracasar la primera, aumento de dosis en las aplicaciones siguientes, tratamiento profiláctico de los ataques subintrantes etc., debe consultarse el original, ejemplar por lo completo y preciso.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

PSYCHOANALYTIC REVIEW, 1939, N° 1.

RALPH M. CROWLEY : **"Psychoanalytic literature on drug addiction and alcoholism"** (Literatura psicoanalítica de la toxicomanía y del alcoholismo).—Hace el autor documentada y sistemática síntesis de las principales ideas y trabajos que en el terreno psicoanalítico se han vertido para dar una explicación de la toxicomanía y del alcoholismo, que en orden cronológico es la siguiente : Freud es el primero en estableecr la relación entre el erotismo oral y la inclinación a beber y fumar; Abraham, a continuación, desarrolla la hipótesis de una relación entre sexualidad y alcoholismo, al cual considera equivalente a una perversión, siendo el hábito de beber una suerte de actividad sexual; luego, Juliusburger descubre factores homosexuales y sadísticos en la personalidad del alcohólico; Pierce Clark ve en el alcoholismo una substitución de la neurosis e incluso de la psicosis, encontrando, como Juliusburger, motivación homosexual y además una regresión por un estado narcisista a la identificación maternal primaria; Brill, de acuerdo con Freud, ve en el hábito de fumar una derivación del chupeteo infantil; Rado establece los conceptos de "placer farmacogénico" y "Orgasmo farmacogénico", siendo este último un substituto del orgasmo genital, con especial relación al orgasmo alimenticio y en cierto modo de índole narcisista; Glover, más tarde, señala como factores etiológicos del alcoholismo la fijación libidinosa en los niveles oral y anal, con marcada tendencia a la regresión al estado de organización narcisista; Weil indica las relaciones entre el hábito a beber y los ritos de la pubertad; Simmel, como otros autores, revela relaciones entre alcoholismo y orgasmo alimenticio; y Schimideberg llega al extremo de considerar a la droga como una simbolización del padre. En un estudio ulterior desenvuelve Glover ideas muy interesantes sobre la etiología de la toxicomanía : advierte en ella una manifestación regresiva y los elementos sadísticos de un complejo de Edipo ambivalente; la afición a la droga entraña fijación a un complejo de Edipo transicional, relacionado al más primitivo núcleo de tal complejo; en segundo lugar, aquella responde a una reacción defensiva que amengua y hace menos violentas las cargas sadísticas, que de esta suerte serían menos intensas que las correspondientes a formulaciones paranoides, pero más intensas que las de tipo obsesivo; en tercer lugar, la inclinación a la droga actúa como un mecanismo de protección contra reacciones psicósicas; en cuarto lugar, considera que las inclinaciones homosexuales no son un factor etiológico directo. En general, es de importancia advertir, siguiendo tales conside-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

raciones que la toxicomanía localiza la angustia paranoidea en una substancia y permite una mejor adaptación al medio circundante. El articulista expone las teorías de otros autores (Rado, Gross, Blomberg y Schilder, Simmel, Fenichel, Classell, Robbins, Wall, etc.), que la brevedad de este análisis impide concretar; merecen, sin embargo, mención especial las hipótesis de Alfred Gross que ha llegado a una verdadera interpretación dinámica de la toxicomanía : según este autor el proceso tóxico primario consiste en un desplazamiento de energía, pues la droga tiene la virtud de poner en actividad energías latentes o potenciales, o al contrario, de fijar dichas energías; en consecuencia, el proceso primario consiste siempre en una transmutación de energía sin que exista, en forma alguna, creación de nueva energía, pues sólo se moviliza o inmoviliza la energía psíquica o nerviosa ya existente.

C. G. N.

REVISTA ARGENTINA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, t. 3, N° 1, 1938.

TEODORO FRACASI, DEMETRIO E. GARCIA, ANIBAL CASTAÑE DECOUD : **"Las poliradículo-ganglio-neuritis generalizadas".—** Los autores refieren sus observaciones de 14 casos de poli-radiculo-ganglio-neuritis generalizadas, en 3 de los cuales les ha sido posible hacer estudios anatómicos del Sistema Nervioso. Después de presentar separadamente los casos, hacen un repaso de la sintomatología que han observado, de la evolución sufrida, y del tratamiento que han empleado en todos ellos. Relatan luego los hallazgos anátomo-patológicos primarios de los troncos y las raíces nerviosas, y las de carácter secundario encontradas en los centros nerviosos, tales como vacuolización de las células de las astas anteriores de la medula. Esta contribución al estudio de las poliradiculoneuritis, constituye un interesante aporte de orden anatómico sobre todo, en el que son conocidos los trabajos de Gilpin y sus colaboradores.

Jorge Voto Bernales C.

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y CRIMINOLOGIA, 1938, N° 16.

CARLOS DE ARENAZA : **"Valoración de los factores biológicos y sociológicos en las reacciones antisociales de los menores".—** Este es el tema que en su calidad de relator oficial presenta el autor al Primer Congreso Latino Americano de Criminología de Buenos Aires.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Con la autoridad de su vasta experiencia en la materia, afirma que los factores ambientales, en especial el medio familiar, son de gran importancia en la génesis de las reacciones antisociales de los menores. Reconoce, además, el papel que desempeña la herencia en la deformación de la personalidad mórbida, pero le asigna sólo una importancia secundaria, de fragilidad y predisposición, que no alcanza la trascendencia de los factores sociológicos en la determinación de la conducta del delincuente. Por lo demás, es muy difícil discriminar en cada caso concreto la influencia de ambos factores : tal es su variada constelación en la personalidad anormal. Estas afirmaciones se desprenden del estudio estadístico de 625 menores que sufren condena en la Penitenciaría de Buenos Aires, en los que abundan los huérfanos, desamparados, vagabundos y los que proceden de familias pobres, desorganizadas e inmorales; en cambio, los sujetos tarados, de mentalidad y características personales anormales, constituyen la minoría. Teniendo en consideración tales hechos, el autor concluye que es legítimo ampliar la lucha contra la delincuencia llevando a cabo en el hogar una labor preventiva y eficaz.

León Mejía.

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y DISCIPLINAS CONEXAS, 1938, N° 10.

ARTURO VIVADO O. : **"El tratamiento de la esquizofrenia por el método de Sakel".**—El autor expone los resultados que ha obtenido con la aplicación del método de Sakel en enfermos del Manicomio Nacional de Santiago de Chile Las dosis de insulina necesarias para alcanzar el estado de coma fueron relativamente bajas; en ocasiones se recurrió a la sensibilización de los pacientes mediante dosis altas que alternaban con bajas, procedimiento al que Braunmühl llamara método del zigzag. Los resultados en los 92 casos sometidos a la cura por la insulina se distribuyen, según el tiempo de evolución de la psicosis, en la siguiente forma : a) 27 agudos que dan 7 remisiones completas (25.92%), 7 remisiones sociales (25,92%), 1 remisión parcial y 11 negativos; b) 16 subagudos (de 6 meses a 1 año de evolución de la psicosis con 8 remisiones completas (50%), 4 remisiones sociales (25%) y 4 resultados negativos; c) 13 enfermos de 1 a 1½ años de enfermedad : 1 remisión completa (8.69%), 3 sociales (23.07%) y 9 negativos; y, por último, d) enfermos de más de 1½ años de enfermedad, en los que obtiene: 4 remisiones completas (11.11%), 7 sociales (19.44%). 2 remisiones parciales y 22 casos negativos. La mortalidad es de 2%. Las recidivas son 4.

León Mejía.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVUE NEUROLOGIQUE, 1938, t. 69, N° 6.

H. BARUK, M. RACINE & DELAVILLE : **"Action électrocardiographique et neuro-végétative de l'insulintherapie dans la catatonie expérimentale bulbocapninique et dans la catatonie humaine"** (Acción electrocardiográfica y neurovegetativa de la insulinoterapia en la catatonía experimental bulbocapnínica y en la catatonía humana).—En un trabajo precedente los autores descubrieron que en el curso del estado catatónico producido por la bulbocapnina en los animales, se manifiesta una exageración de la elevación T del electrocardiograma; el mismo fenómeno fué advertido en la catatonía humana. Parece que la contracción muscular de la catatonía se efectúa no sólo en los músculos de la vida de relación, sino también en los músculos de la vida vegetativa, como el corazón. Fundándose en este hallazgo emprendieron investigaciones para averiguar como actúa el tratamiento por insulina en los catatónicos sobre la onda T y sobre los músculos en general, demostrándose que la contractura catatónica cedía momentáneamente en los músculos estriados de la vida de relación y en el miocardio. Al mismo tiempo se observó que la insulinoterapia suprime la intensa vaso-constricción facial que caracteriza a la catatonía, determinando moderada vasodilatación y enrojecimiento facial. En consecuencia, se puede afirmar que "la insulinoterapia parece poder modificar y disminuir el eretismo neurovegetativo y muscular de la catatonía" no estando esta acción favorable en relación a la dosis. En relación a esto señalan los autores que toda coronaritis manifiesta o latente es un obstáculo absoluto para la insulinoterapia. El efecto regulador sobre el sistema neurovegetativo que los autores de este trabajo indican, ha sido también demostrado entre nosotros por un método completamente diferente; en efecto, examinando el tono neurovegetativo de los esquizofrénicos antes y después del tratamiento por insulina, se comprobó que en la mayoría de los casos producía dicho tratamiento una regulación del tono neurovegetativo en aquellos en que estaba perturbado (v. en el número 4 del T. I de esta revista el trabajo de los Drs. Delgado, Valega y Gutiérrez-Noriega). La observación que en el estudio analizado nos aporta el Dr. Baruk y sus colaboradores es, sin duda alguna, sumamente interesante y exacta.

C. G. N.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVUE NEUROLOGIQUE, 1938, t. 70, N° 1.

H. MARCUS Y H. SJOGREN : **"L'hémiballisme et le corps de Luys"** (Hemibalismo y cuerpo de Luys).—Importante trabajo en que se contempla los diferentes problemas clínicos y anatómicos que plantea el síndrome conocido, desde Kussmaul, bajo el nombre de hemibalismo y que es atribuído desde Jacob a la lesión del Cuerpo de Luys; se relatan cinco casos, tres de los cuales sancionados por el examen histológico. El primer caso es el de un anciano de 71 años, arterioscleroso, en quien después de un ictus ligero se desencadena un hemibalismo derecho que interesa la cara y se acompaña de confusión mental, la muerte sobreviene tres meses después, debido a la consunción producida por la violencia del desorden muscular; el examen anatómico muestra un foco destructivo del Cuerpo de Luys izquierdo, pero la lesión desborda ligeramente este núcleo, aunque respeta el pálido, el tálamo, el núcleo rojo y el locus niger. Es de notar que este caso es uno de los más puros desde el punto de vista de la localización lesional. El segundo caso se refiere a un arterioscleroso de 59 años que después de un ictus presenta un cuadro de hemibalismo únicamente localizado al miembro superior derecho, razón que induce a Marcus y Sjögren a designarlo como un **monobalismo,** dos meses después el paciente se suicida por inmersión; el examen anatómico revela varios focos de encefalomalacia, uno de los cuales, reciente, destruye el cuerpo de Luys y la región póstero-interna de la capa óptica del lado izquierdo. El tercer caso trata de una demente arteriosclerosa de 87 años, en la que después de un ictus aparece bruscamente un hemibalismo derecho intenso; muerte un año después; el examen anatómico muestra varios focos de encefalomalacia, uno de los cuales destruye toda la región infra-óptica izquierda y principalmente el cuerpo de Luys. El cuarto caso se refiere a un sifilítico en quien el tratamiento pone fin al hemibalismo en algunos meses. El quinto caso; en fin, se refiere a un cardiópata joven, en quien persiste, aunque disminuído, el hemibalismo desde hace siete años.

J. LHERMITTE, SOUQUET y DE AJURIAGUERRA : **"La neurolymphomatose des gallimacées"** (La Neurolinfomatosis de gallinaceas).—Los autores han podido observar una epidemia de "fowl paralysis" en un gran criadero de aves, los exámenes clínicos han sido sancionados con el estudio histopatológico. Esta afección descrita por Marek bajo el nombre erróneo de "polineuritis aviaria" ha sido estudiada de manera exhaustiva por A. Papphenheimer, Leslis Dun y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Vernon Cone quienes la enominan "neurolymphomatosis gallinarum"; en fin, la afección ha sido constada en el hombre por Lhermitte y Trelles. Los autores identifican la "fawl paralysis" con la neurolymphomatosis gallinarum. La enfermedad se desarrolla siguiendo dos tipos : en el primero predominan los desórdenes de la motilidad automática y refleja, con crisis de agitación difusa que simulan la corea y crisis de rotación sobre el eje vertical y crisis de opistótonos; en el segundo tipo predominan los fenómenos paralíticos, sea localizados, sea generalizados. Anatómicamente se caracteriza por la existencia de infiltraciones considerables perivasculares o perifasciculares, de elementos que no son todos del mismo grupo: unos son plasmocitos atípicos, otros son elementos de la serie linfoblástica más bien que linfocitos. Estas infiltraciones existen en los nervios, ganglios y centros. Los fenómenos degenerativos de los elementos nerviosos son poco marcados y no guardan relación con los procesos de infiltración linfoblástica.

J. O. T.

RIVISTA DI DIRITTO PENITENZIARIO, 1938, Nº 6.

Fr. AGOSTINO GEMELLI O. F. M. : **"Il delinquente per tendenza"** (El delincuente por tendencia).—Se trata de la exposición de las verificaciones del autor en un grupo de sujetos declarados delincuentes por tendencia según el artículo 108 del Código Penal vigente en Italia, que dice : "Es declarado delincuente por tendencia quien, si bien no recidivante o delincuente habitual o profesional, comete un delito no culposo, contra la vida o la conservación individual, no previsto tampoco en el capítulo primero del título 12º del libro II de este código, el cual, por sí y en conjunción con las circunstancias indicadas en el párrafo inicial del artículo 133, revela una especial inclinación al delito, que encuentra su causa en la índole particularmente mala del culpable. La disposición de este artículo no se aplica si la inclinación al delito es originada por enfermedad prevista en los artículos 88 y 89". El método seguido en el examen de los sujetos se inspira en la necesidad de agotar, hasta donde es posible, el conocimiento del individuo, en su totalidad psicofísica. No siendo aplicable la indagación introspectiva, es forzoso usar en esta tarea los métodos de exploración indirecta, para conocer los móviles profundos y la verdadera personalidad. El autor emplea los métodos de la psicología aplicada, con las reservas y limitaciones con que deben manejarse los tests.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Declara expresamente que no hay prueba experimental para revelar los aspectos profundos de la vida psíquica, el alma de un delincuente, y que los tests no sirven sino para poner de manifiesto algunos hechos parciales que interesan para determinados fines, teniendo en cuenta frecuencias estadísticas. Para los estudios en cuestión no es aplicable el criterio del psicotécnico, aunque sea legítimo servirse de sus medios, sabiendo apreciar con tino las reacciones. Ilustra esto el autor con un caso en que todo el inmenso arsenal de la técnica psicológica de laboratorio no permitió lograr un solo dato útil, el mismo que con un golpe de ingenio del psicólogo revela toda su entraña en una charla aparentemente espontánea. Asimismo, con crítica, aplica el autor los procedimientos del psicoanálisis, de la psicología individual y de las diversas escuelas caracterológicas, dejando de lado la especulación filosófica injertada en ellos, la cual nada tiene que ver con su técnica. Con razón, el autor da gran valor al psicodiagnóstico de Rorschach, sin creer que lo resuelva todo. Pero de los procedimientos empleados en el examen de estos delincuentes el más original es el estudio de la conducta en condiciones experimentales, según un plan propio del autor. Además de un manejo inteligente de los diversos métodos, lo importante es la interpretación de cada caso, habida cuenta de su **curriculum vivendi,** para una visión dinámica y estructural de la personalidad. Aunque sólo son 10 los delincuentes estudiados, los resultados son instructivos. En 8 de ellos se verificó un nivel intelectual netamente inferior al normal: en 3 casos se comprobó después que habían sido reputados como anormales en la escuela: débiles de inteligencia e inestables de carácter; en los otros 5 no fué posible hacer una investigación de su vida escolar, pero hay razones para considerarlos también débiles-inestables: 2 de ellos presentan anomalías que hacen sospechar lues connata; los otros 3 tienen tara hereditaria neuropsíquica. De los 10 delincuentes, 8 se han formado durante los primeros años de la vida en un ambiente que no ha podido ejercer una acción educativa eficaz; los otros 2 carecieron de buena influencia en la pubertad. A propósito de influencia del ambiente, el autor ha verificado en 5 de los sujetos los beneficios del trabajo organizado en la cárcel. En ninguno de los 10 se puede asegurar que la propensión al delito dependa de una disposición exclusivamente innata. El autor sostiene que si el delincuente por tendencia no es psicópata (ni "delincuente nato", ni "loco moral" etc.), la investigación de sus 10 casos no justificaría el criterio en que se basa esa categoría, originada en un punto de vista puramente jurídico. Esto im-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

plica que para él la inestabilidad no es un tipo de personalidad psicopática. Habría sido interesante que precisara qué entiende por inestabilidad, así como que hubiese consignado los delitos de los individuos objeto del trabajo que analizamos.

H. D.

RIVISTA DI NEUROLOGIA, 1938, Nº 5.

G. FATTOVICH : **"Contributo allo studio della iperstosi endocraniche"** (Contribución al estudio de las hiperostosis endocraneanas).—En estos últimos años se ha estudiado preferentemente las hiperostosis endocraneales y se ha llegado a identificar varios tipos. Uno que es el más característico, constituye el llamado Síndrome de Stewart-Morel que algunos designan con el nombre de "Morbus Morgagni". Otro, menos definido, constituye la hiperostosis tipo Moore-Carr. G. Fattovich relata tres interesantes casos : dos de los cuales anatomoclínicos, en uno de ellos la hipófisis presentaba un proceso de hiperplasia fibrosa con todos los caracteres de la hipofisitis crónica intersticial productiva. En los tres casos coexiste una gran obesidad con disturbios mentales marcados que evolucionan bajo formas diferentes : uno como psicosis paranoide fantástica, otro como demencia precoz de tipo paranoide, el tercero como depresión en un débil mental. Al punto de vista de la hiperostosis misma, uno de los casos es un Síndrome de Stewart-Morel, los otros deben incluirse en el tipo Moore-Carr.

J. O. T.

SCHWEIZER ARCHIV FÜR NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, 1938, t. 41, Nº 2.

R. BRUN : **"Die Neurosen nach Schaedeltraumen"** (Las neurosis consecutivas a traumatismos craneanos).—Tras una breve introducción histórica acerca de la "neurosis traumática", B. desarrolla extensa y ordenadamente el tema de su ponencia : la búsqueda de una interpretación realista y crítica de los hechos, examinando lo logrado por los diversos investigadores que se han ocupado del asunto. Encara en primer lugar el problema del diagnóstico diferencial de los estados psiconeurósicos respecto de los pseudoneurósicos (orgánicos u orgánico-funcionales) a causa de los traumatismos craneanos y cerebrales. Los indudablemente orgánicos, de acuerdo con Reichhardt, son los cambios irreversibles de la estructura del sistema nervioso central; los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

orgánicos funcionales corresponden a las alteraciones materiales en principio reversibles. A las perturbaciones psíquicas de estas dos categorías, somatógenas, producidas inmediatamente al traumatismo, no les corresponde el concepto de "neurosis post-traumáticas", sino, para las irreversibles, el de "encefalosis traumáticas" o sea estados deficitarios orgánico-psíquicos, y, para las reversibles, "estados postconmocionales" (llamadas también neurosis orgánica conmocional o neurastenia traumática) y "neurosis de espanto", considerando ésta como efecto directo del traumatismo cerebral, como shock psíquico originado en los centros vegetativos (lo que nos parece discutible, pues hay neurosis de espanto sin traumatismo craneano, sólo por efecto de la experiencia, hecho mental, de una situación). Dicho de otro modo, tanto las encefalosis como los estados neurasteniformes y las neurosis de espanto son explicables de manera causal por daño del cerebro, los vasos cerebrales, las meninges o los nervios craneanos—daño material o estructural en las encefalosis, y funcional-orgánico (p. e. vasomotor) en los estados postconmocionales y en la neurosis de espanto. En cambio, la "neurosis post-traumática", en sentido estricto, o "neurosis de accidente" es una verdadera psiconeurosis secundaria, ya que en ella la experiencia vivida, fenómeno psíquico, es el factor esencial o decisivo, con la subsiguiente elaboración, en la que interviene el aspecto subjetivo de la previsión de las consecuencias sociales y económicas para el individuo y su repercusión sobre la personalidad—lo cual desencadena los síntomas, sirviendo el traumatismo no como factor etiológico, sino como ocasión o pretexto. De gran momento es el hecho, verificado por todos los investigadores, de que en la neurosis hay un período de latencia, a menudo de semanas, entre el traumatismo y los síntomas, así como que éstos aumentan durante un período, lo contrario de los efectos orgánicos, que, por regla, son inmediatos y se atenúan a medida que pasan los días. En la psiconeurosis no interviene, pues, el proceso anatómico ni el fisiológico, sino el psicológico. La teoría de una "alteración molecular de la estructura interior de las células" (Oppenheim) y las construcciones semejantes son meras fantasías. La psicogenia de cuadros histéricos, psicasténicos, hipocondríacos es innegable. No admitirla equivaldría—como decía Murri—a sostener que sólo personas sanas son víctimas de accidentes. La observación clínica muestra cómo se constituyen las neurosis post-traumáticas, incluso cuando se trata sólo de un traumatismo periférico (p. e., de un brazo o una pierna) y por efecto de las preguntas sugestivas y los comentarios hechos des-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pués del accidente. Hay, ciertamente, síntomas que se prestan a errores de diagnóstico, como las cefalalgias, el sentimiento de vértigo, el insomnio, la pérdida de la potencia sexual, el pseudoparkinsonismo, los cambios del carácter etc.; pero incluso en estos casos un examen cuidadoso de todas las circunstancias y manifestaciones permite distinguir el cuadro de un desorden neurológico (somatógeno) del correspondiente a una reacción psicógena. En algunos casos de diagnóstico diferencial difícil, particularmente cuando hay sospecha de estados pseudohistéricos de origen orgánico, es recomendable la aplicación de las pruebas de Rorschach. B. hace una revisión cuidadosa de los principales síntomas de la neurosis post-traumática, especialmente de los que se prestan a confusión. Otro orden de hechos demostrativos de la índole psicológica de la neurosis es la desaparición más o menos rápida de los síntomas en la mayor parte de los accidentados después de recibir la indemnización. B. hace una crítica a fondo de las teorías de Babinski, Marinesco, Minkowski y otros acerca de la naturaleza de la histeria, así como de la interpretación adversa a la psicogenia de las neurosis de accidente cuando no da resultado una tentativa psicoterápica. Condena el procedimiento del diagnóstico sólo por exclusión y no por apreciación positiva de los síntomas neurósicos y del conjunto de la mentalidad del sujeto y de su historia, procedimiento de graves consecuencias sobre todo en los casos, no raros, en que coexiste la psiconeurosis con los resíduos orgánicos de una conmoción cerebral. Naturalmente, un diagnóstico concienzudo no puede establecerse jamás en una sola sesión. Respecto de la ubicación nosográfica de la "neurosis traumática", B., con muy buen criterio, niega que sea una enfermedad especial. Con ocasión del traumatismo se produce una neurosis que puede ser de cualquier forma clínica, como las suscitadas en otras condiciones. En lo que atañe a la frecuencia de la neurosis post-traumática, es muy grande en la guerra; así, un tercio de los soldados que reciben indemnización por invalidez en los EE. UU. es de casos de neurosis de guerra, según verificación de Kindred en 1927. En tiempo de paz es menor la proporción; en Alemania, p. e., corresponde al 1% de los asegurados que sufren accidente (Horn), mientras que corresponde casi a la mitad de los pasajeros de ferrocarriles que sufren accidente. Según diversos autores, los traumatismos craneanos son los más frecuentes de los traumatismos, constituyen el 64%. En la estadística de 400 casos de traumatismo cerebral estudiados por B., que comprende asegurados por obligación y de compañías privadas, el 50,5% ofrece manifestaciones neurósicas; el 26,5%

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

es de casos de neurosis pura (sin nada orgánico). Estos datos estadísticos muestran, asimismo, que cuanto menor es el efecto orgánico del traumatismo tanto mayor es la neurosis sobreagregada: en las encefalosis representa el 32% ; en la contusión cerebral sin déficit psico-orgánico el 37% y en los estados funcionales orgánicos el 56%. El tiempo de latencia previo a la psiconeurosis es por término medio de 2 meses para la contusión cerebral y de 3 semanas para la neurastenia conmocional; la mayor parte de las encefalosis con neurosis ulterior tiene una latencia de más de un año y no son raros los casos de 3, 4 o más años en el caso de posible informe pericial de revisión de la renta asignada. Respecto de la pérdida de conocimiento según las lesiones, la estadística de B. muestra que la mayor ocurre con las encefalosis (en el 81%) y en las fracturas del cráneo (en el 71%); la duración de la pérdida de la conciencia también es mayor en estos casos, siendo digno de observarse que también existe una relación inversa entre la duración de la pérdida de conciencia y la manifestación de neurosis. La proporción de los casos de neurosis traumática pura que no han sufrido o casi no han sufrido conmoción cerebral corresponde al 41,5%. La cuestión de la patogenia de la neurosis postraumática está resuelta desde la experiencia masiva de la Guerra Mundial en el sentido de la psicogenia, pero hay diversas teorías para explicarla. El autor las examina con detenimiento. En la práctica del seguro los problemas importantes en cada caso son : si la neurosis condiciona una disminución real de la capacidad de trabajo y ganancia y si la neurosis está en relación causal con el accidente. Es sabido que las compañías de seguro privadas excluyen de sus contratos toda obligación respecto de las consecuencias puramente "nerviosas" de los accidentes. Es muy digno de atención el hecho de que en las neurosis "genuinas" (no traumáticas) la capacidad de trabajo y ganancia sufren rara vez mengua (lo que sí disminuye es la capacidad de disfrutar de los bienes), mientras que en la neurosis traumática (en la "neurosis de renta"!) ocurre todo lo contrario, a pesar de que no existe una diferencia esencial entre ambas "enfermedades". El problema de si hay obligación de indemnizar se resuelve con la decisión acerca de si hay o no relación causal. Si se acepta, como en el decreto alemán de 1926, que la neurosis de renta es debida a "representaciones condicionadas por el deseo", no hay relación causal. La práctica obligó, sin embargo, a modificar la regla en 1928 y 1929, con cambios que permiten más holgura en la aplicación. Las ordenanzas suizas distinguen (ya en 1923 la neurosis de accidente de la "neuro-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sis de apetición", que no implica indemnización, y en los casos en que procede la indemnización en la neurosis de accidente—por sus efectos inmediatos—se hace en una sola entrega, no en forma de renta. Aunque con esto son mejores las consecuencias, como lo muestra el hecho verificado por Pollock el año 1922, de que la indemnización única en Dinamarca "cura" al 93,6% de los casos (mientras que el sistema de la renta sólo cura al 9,3% en Alemania), sin embargo no implica la curación de todos los casos—lo mismo que sucede con la negativa de toda indemnización. En lo que atañe al tratamiento, el acuerdo es unánime acerca de la conveniencia de instituir precozmente la psicoterapia, no después que la neurosis se ha consolidado mientras se sigue el proceso legal y se realizan los exámenes periciales. Desgraciadamente, los representantes del sistema de seguros temen la producción de neurosis por causa del tratamiento mismo, temor infundado si la cura es hecha por psicoterapeutas competentes. El amplio y substancioso trabajo de B. termina con una bibliografía bien ordenada y con referencias precisas de 530 trabajos.

H. D.

ZEITSCHRIFT FÜR DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, 1938, t. 163, N° 5.

K. F. SCHEID : **"Die Somatopathologie der Schizophrenie"** (La somatopatología de la esquizofrenia).—Se sabe que la esquizofrenia es un cuadro clínico de contornos no muy precisos. Hay tantos conceptos de esquizofrenia como escuelas psiquiátricas; los lindes de las psicosis con la esquizofrenia se deslizan variadamente. Lo mismo puede decirse de la psicosis maníaco-depresiva y de las psicosis sintomáticas. La somatopatología, independiente de todas las escuelas de psiquiatría clínica, indaga las alteraciones corporales que se presentan en los esquizofrénicos, sin dejar de considerar las alteraciones psicopatológicas y su correlación con las corporales. Las clasificaciones usuales de la esquizofrenia carecen de base suficientemente justificable para la somatopatología. Es quizá más justificable buscar un criterio fácilmente tangible; así el A. ha propuesto la denominación de "episodios febriles" para determinados cuadros agudos, que aparecen con elevación de temperatura, los cuales deben ser estudiados con detención porque en ellos se tiene más expectativas de hallar alteraciones somáticas. Con el mismo criterio se puede diferenciar las psicosis somáticas, en las cuales nunca hay fiebre, de los episodios de la esquizo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

frenia, que aun no han sido estudiados por la medicina interna ni encarados por la patología. El método de las investigaciones por series, según S., es el más adecuado para indagar los cambios del metabolismo en los esquizofrénicos, que los clasifica en tres grupos : 1° reacciones generales del organismo : fiebre, sedimentación eritrocitaria, comportamiento de las proteínas del plasma sanguíneo, pulso y cuadro hemático; 2° metabolismo de la hemoglobina; 3° el metabolismo basal e intercambio del nitrógeno, azufre y fósforo. La fiebre alcanza a veces hasta 40° C.; antes se la atribuyó al trabajo muscular del esquizofrénico agitado; otros la atribuyen a focos infecciosos, pero la temperatura no sube por el trabajo muscular sino por alteración del centro térmico. Por otra parte, períodos tan regulares de fiebre como los que presentan los esquizofrénicos no se observa en los focos infecciosos; y cabe agregar que los episodios febriles han seguido su curso ordinario en esquizofrénicos a los que Jahn ha extirpado cuidadosamente todos los focos sospechables. La sedimentacion de los eritrocitos retorna a su normalidad paralelamente con el pulso y la fiebre, en oposición a la de las infecciones, que retarda este retorno por algún tiempo. La leucocitosis es de 10000 a 12000, con aumento relativo de los leucocitos de núcleo en bastón y, a diferencia de las infecciones, no desviada hacia la izquierda. Durante los períodos no febriles los eritrocitos aumentan en número, se empobrecen en hemoglobina y se empequeñecen, de suerte que al comenzar los episodios hay alrededor de 6000000 por mm3 y ligera plétora, y al terminar los mismos, hay sólo 4000000, pero son de mayor tamaño y cargados de mayor cantidad de hemoglobina. A veces aumentan paralelamente los reticulocitos y la resistencia globular. Durante los "episodios" hay, pues, intensa actividad de la medula ósea y destrucción, más intensa aun, de la hemoglobina, como lo demuestra la dosificación del urobilinógeno en la orina y las heces. Los síntomas descritos son secundarios y todavía no se ha hallado un síntoma central.

L. A. Guerra.

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE, 1938, N° 4.

C. BRUGGER : **"Uebersicht über auslesefreie Untersuchungen in der Verwandtschaft Schwachsinniger und über die entsprechenden Vergleichsuntersuchungen"** (Cuadro de conjunto de las investigaciones no selectivas acerca del parentesco de los insuficientes mentales y de las correspondientes investigaciones comparativas).—El material consi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

derado es sólo el concerniente a las formas clínicas no complicadas de oligofrenia, hasta donde es posible aislarlo, sobre todo en la frontera con el cretinismo. B. toma en consideración los datos más fehacientes de diversos investigadores, incluso los propios, los analiza y compara en una serie de cuadros, eliminando cuidadosamente todas las causas de error. La proporción de casos exógenos varía entre el 3,7% y el 32,9%—entre los cuales se cuentan muchos cuyo factor hereditario también es innegable, así como pasan por endógenos algunos—pocos—que dependen de influencias externas. La proporción de oligofrénicos entre los hijos de tales varía entre el 28,3% (22,4% de débiles y torpes y 5,9% de imbéciles e idiotas) y el 77,9% (63,7 y 14,2%); entre los nietos es el 17,1% (15,2 y 1,9%); entre los sobrinos, del 7,3 al 11,3%; entre los sobrinonietos 3,5%. Entre los hermanos, tratándose sólo de la forma endógena, la cuantía oscila del 17,8% (10,4 y 7,4%) al 61,4 (47,1 y 14,3%). La proporción de hermanos oligofrénicos de los probandos, según la condición de los padres, es la siguiente : con ambos padres no oligofrénicos, del 13 al 40% ; con uno de los padres oligofrénicos, del 33 al 58,1% ; de ambos padres oligofrénicos, del 45,9 al 100%. A la inversa, la proporción de oligofrénicos entre los padres de los probandos fluctúa (siempre según los datos de los diversos investigadores) entre el 12,7% (10 y 2,7%) y el 55,2% (52,6 y 2,6%). En general, entre los parientes de oligofrénicos de grado ligero son más frecuentes los oligofrénicos graves que en el término medio de la población; y al contrario, es considerable el número de oligofrénicos de grado ligero en las cepas de los oligofrénicos graves. Estos y otros hechos están a favor de la unidad genotípica de los casos de oligofrenia ligera y grave. La mayor parte de los oligofrénicos descienden de padres no oligofrénicos, lo cual está en contra del mecanismo hereditario a base de carácter dominante. Respecto de las investigaciones de los hermanos gemelos, tenemos que, entre los deficientes de Dinamarca, Smith ha encontrado 66 pares : 13 univitelinos, 3 probablemente univitelinos y 50 divitelinos. De los 13 pares univitelinos, 11 son concordantes en su deficiencia mental y dos discordantes (idiotas). Esto último estaría de acuerdo con el origen exógeno de la mayoría de los idiotas. Los 3 pares de gemelos probablemente univitelinos son concordantes. Entre los 50 pares de divitelinos sólo 4 pares son concordantes. Según Luxenburger, esto indicaría una probabilidad de manifestación igual a 0.85. Si la proporción de casos exógenos en la oligofrenia es del 20%, tenemos que para la endógena la probabilidad de manifestación es aproximadamente del 98 %. El

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

autor no toma en consideración los casos de Rosanoff a causa de que su investigación adolece de deficiencias técnicas. Con relación a la fecundidad de los oligofrénicos Juda ha verificado entre sus retrasados (que repiten años de estudios) un número de hijos igual a 3,91; mientras que en los sujetos que fueron escolares normales la cifra es de 3,01. Tomando en cuenta sólo los hijos legítimos la proporción es de 3,32 y 2,89, respectivamente. Si se elimina la mortalidad infantil, la diferencia casi se anula. La frecuencia de las psicosis en las familias de oligofrénicos (salvo la epilepsia) no es mayor que en la población general. Ningún investigador ha verificado relación entre la oligofrenia y la esquizofrenia, lo contrario de lo que ocurre con la epilepsia. La frecuencia de la oligofrenia es de 1,4% entre los hermanos y 0,6% entre los padres en el término medio de la población común.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS NEURO-PSIQUIATRICAS PANAMERICANAS

Esta importante reunión científica, de cuyos preparativos hemos ofrecido detallada información en los números anteriores de esta revista, se verificará dentro de pocos días en Lima. Se encuentran ya en esta capital algunos miembros de las delegaciones extranjeras, a los cuales nos es grato ofrecer nuestra más cordial bienvenida.

El valor de los trabajos anunciados y el reconocido prestigio de los psiquiatras, neurólogos y médicos legistas que ofrecen su colaboración escrita y personal, son promesa indudable de un brillante resultado y crean muy halagadoras perspectivas al progreso de la especialidad en América. Por esta razón, y porque un suceso de esta índole no sólo entraña fines culturales sino también un mayor acercamiento amistoso entre las diferentes naciones del continente, el Gobierno Peruano ha tenido una participación amplia y eficaz, que garantiza la publicación de las ponencias oficiales y demás trabajos.

Los delegados extranjeros que concurrirán a las Jornadas son los siguientes : Dr. B. Arce Molina (Valparaíso), Dr. Demetrio García (Rosario), Dr. F. Herrera Guerrero (Venezuela), Dr. Isaac Horvitz (Santiago), Dr. Waldo Iturra Moreira (Santiago), Dr. Robert Lamb (Nueva York), Dr. Hugo Lea Plaza (Santiago), Dr. Elías Malbrán (Santiago), Dr. José B. Odoriz (Buenos Aires), Dr. Edgard Pinto César (Sao Paulo), Dr. Horatio Pollock (Nueva York), Dr. Nerio Rojas (Argentina), Dr. Rojas Carbajal (Santiago), Dr. Arturo Vivado O. (Santiago).

La sesión inaugural tendrá lugar el 20 de marzo en la Facultad de Ciencias Médicas, y bajo la presidencia del señor Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, Dr. Guillermo Almenara.

En el próximo número, publicaremos una información completa de todas las sesiones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

3er. CONGRESO NEUROLOGICO INTERNACIONAL

Copenhague, 1939.

Bajo el patrocinio de S. M. el Rey de Dinamarca e Islandia, se realizará este congreso, del 21 al 25 de agosto del presente año, en Copenhague, presidido por el Prof. Viggo Chiastiansen. Secretario General del Congreso es el Dr. Knud H. Krabbe, Kommunehospitalet, Copenhague, K., Secretario local el Dr. C. J. Munch-Petersen, Vicesecretario local el Prof. Mogens Fog.

Circula ya el programa provisional, del cual extractamos los datos siguientes:

Programa de las Sesiones Científicas: Lunes, 21 de agosto. Apertura oficial del Congreso.—Discusión: El sistema vegetativo de secreción interna con respecto a su importancia para la neurología. Presidentes: Prof. L. van Bogaert y Prof. H. Pette. Relatores: Sir Henry H. Dale (Londres): Intervención química en el sistema nervioso periférico y su relación con los órganos endocrinos; Prof. Laruelle (Bruselas): Las bases anatómicas del sistema autonómico bulborraquídeo y cortical; Prof. Fulton (New Haven): Fisiología del sistema autonómico cortical y bulborraquídeo y su relación con los órganos endocrinos; Prof. O. Foerster (Breslau): Las relaciones de la hipófisis y otras glándulas endocrinas con el sistema nervioso vegetativo; Dr. Forsberg (Oslo). Las relaciones de las glándulas endocrinas con las funciones musculares, especialmente con respecto a las miopatías.—Martes, 22 de agosto. Discusión: Las enfermedades hereditarias nerviosas, especialmente en relación a la génesis. Presidentes: Prof. G. Guillain y Prof. V. M. Buscaino. Relatores: Prof. B. Sachs (Nueva York): Idiotez familiar amaurótica y sus relaciones con las demás enfermedades hereditarias y familiares; Prof. André Thomas (Paris): Las enfermedades heredo-familiares del sistema cerebral. La degeneración hereditaria cerebroespinal; Profesor Jonesco Sisesti (Bucarest): Las afecciones extra-piramidales. La degeneración hepática lenticular. La corea de Huntington. Miopatías. Atrofias nucleares. La neurofibromatosis; Prof. Curtius (Berlín): Afecciones hereditarias del sistema nervioso desde el punto de vista genésico; Prof. Schäffer (Budapest): La anatomía patológica general de las enfermedades heredo-familiares del sistema nervioso.—Jueves, 24 de agosto. Diferentes secciones. Una sección especial para temas neuroquirúrgicos.—Viernes, 25 de agosto. Discusión: Problemas acerca de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

avitaminosis, especialmente en relación al sistema nervioso periférico. Presidentes : Prof. G. H. Monrad-Krohn y Prof. Henry Alsop Riley. Relatores : A. Especialmente la parte experimental : 1. Sir Edward Mellanby (Londres), 2. Prof. G. C. Riquier (Pavia); B. Especialmente la parte clínica : 3. Dr. J. S. Wechsler (Nueva York), 4. Dr. D. Mc. Alpine (Londres); C. Crítica sobre vitaminas, especialmente con relación a la terapéutica; 5. Dr. H. P. Stubbe Teglbjaerg (Copenhague).—**Programa de recepciones :** Domingo, 20 de agosto. Reunión sin ceremonia en los salones del restaurant Nimb, Bernstorffsgade 5; Jueves, 24 de agosto. Banquete oficial del Congreso.—**Miembros.** Podrán ser miembros activos del Congreso : neurólogos, neuro-cirujanos, psiquiatras y todo médico interesado en neurología. Los que desearen ser miembros activos podrán enviar su solicitud por uno de los dos conductos siguientes : 1) por los comités nacionales, en cuyo caso sus calificaciones serán examinadas por el respectivo comité; o 2) dirigiéndose directamente al Secretario General, Dr. Knud H. Krabbe, en cuyo caso sus calificaciones serán estudiadas por éste. Las tarjetas de miembro para todos los miembros del Congreso se extenderán por el Secretario del Congreso. Personas no facultativas, hombres o mujeres, que tengan interés en el Congreso, podrán ser miembros pasivos. Esto podrá lograrse ya sea dirigiéndose al comité nacional de su país, ya directamente al Secretario General. Cuota de miembro. La cuota de miembro activo es de 40 coronas danesas o el equivalente de esta suma, y la de los miembros pasivos es la mitad de dicha suma. Estas cuotas podrán pagarse a los comités nacionales o directamente al contador del Congreso. Las tarjetas de miembro serán enviadas oportunamente.—**Lenguas oficiales.** Las lenguas oficiales del Congreso serán alemán, español, francés, inglés e italiano.—**Diversiones y Excursiones.** El 23 de agosto se hará una excursión al castillo de Frederiksborg en Hillered, al Castillo de Kronborg cerca de Helsinger, etc. Otros días se arreglarán excursiones y diversiones para los miembros pasivos del Congreso.—**Facilidades de viaje.** La American Express Company A/S, con agencias en las ciudades más importantes del mundo, han sido nombrados agentes transportadores oficiales del Congreso, y podrán ayudar a los participantes con sus arreglos de viaje. Una tarjeta de miembro o de familia, por la cual el poseedor adquiere billetes de ferrocarril a precios reducidos, será enviada a los participantes del Congreso después de haberse recibido su aviso. Estos billetes a precios reducidos podrán adquirirse en las agencias de la American Express al presentar dicha tarjeta.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NECROLOGIA
1938

ALFRED WALTER CAMPBELL

El **Médical Journal of Australia** del 22 de enero de 1938 nos trae la sensible noticia de la muerte, acaecida en Sidney, del gran neuropatólogo que fué Campbell, mundialmente conocido por sus célebres investigaciones sobre citoarquitectura cerebral.

Alfred Walter Campbell nació el 18 de enero de 1868, en Harden (Australia), hizo sus estudios de medicina en Edimburgo e inmediatamente, siguiendo su vocación, se dedicó al estudio de las enfermedades mentales y en particular a la histopatología cerebral, convencido de que el conocimiento preciso de la estructura normal del cerebro y de sus alteraciones morbosas arrojaría gran luz en la identificación de las enfermedades mentales. Después de una larga estadía en Viena, en la Clínica de Kraft-Ebing, y en Praga, regresa a Edimburgo donde se gradúa de doctor en medicina con su tesis sobre "Demencia Alcohólica". Poco después es nombrado médico del Asilo de Lancashire y luego director del laboratorio de anatomía patológica del Asilo Rainhill, que, gracias a sus trabajos notables, es asociado a la Universidad de Liverpool y se transforma en un centro de atracción mundial para los estudios. A partir de 1901 colabora con Sir Charles Sherrington y comienza la serie de investigaciones sobre citoarquitectura cortical que lo hacen célebre, y que, en 1905, son reunidas en un magnífico volumen, por la Cambridge University Press, bajo el título de: **Histological studies of the Localisation of Cortical Function.** De regreso a Australia, fija su residencia en Sidney, donde las responsabilidades y ocupaciones del especialista lo alejan, desgraciadamente, de la carrera científica, aunque le reservan los triunfos y honores.

La producción científica de Campbell es numerosa y abarca diferentes aspectos de la histopatología nerviosa, pero lo que queda de más brillante y sólido es la serie de sus investigaciones cito-arquitecturales destinadas a establecer las localizaciones de funciones cerebrales. En sus pacientes trabajos, conducidos con rigor y tenacidad,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

llega a conclusiones claras, precisas, que quedan hoy clásicas y fuerzan la admiración, como lo ha escrito Lorente de No, en el conocido tratado de Fulton * : "Campbell ha sido el único que ha descrito hechos y únicamente hechos. Los citoarquitectonistas germanos han mezclado hechos con teorías de modo que nadie puede decir dónde comienzan las teorías o los hechos."

OCTAVE CROUZON

El 16 de septiembre de 1938, después de una corta enfermedad, ha fallecido O. Crouzon. Nacido en 1874, en Paris, Crouzon pertenecía a una familia modesta, y fué adquiriendo desde los comienzos la disciplina y tenacidad que esas condiciones le imponían, y que más tarde le permitieron desarrollar una brillante carrera. Interno de los Hospitales de Paris en 1906, hace sus diversos "stages" junto a Bourneville, Fournier, Gaucher, Babinski y Pierre Marie. En 1910 es Jefe de Clínica de Dieulafoy, médico de Hospitales en 1912. Durante la guerra es uno de los organizadores de los Centros Neurológicos. En 1919 se hace cargo del Servicio de la Salpétriére que habían ilustrado Dejerine y Souques. Su talento de organizador se manifiesta en la formación de una serie de obras médico-sociales y hospitalarias. En 1937 se creó en la Facultad de Medicina de Paris la Cátedra de Asistencia Médico-Social, de la que fué el primer titular.

La influencia que ejercieron sobre él dos de sus maestros del Colegio Rollin: Henri Bergson y Pierre Janet, lo orientó hacia la neurobiología, aún antes de iniciar sus estudios de medicina. Ya en plena carrera fué discípulo predilecto y fiel de Pierre Marie, quien "le inculcó sus métodos de trabajo y lo instruyó, fué el padre espiritual y el Jefe de escuela que inspiró sus investigaciones y dirigió su actividad científica". La obra científica de Crouzon es copiosa y de valor, comprende trabajos sobre enfermedades familiares y hereditarias, sobre patología nerviosa y mental, sobre medicina social. Su tesis inaugural sobre las esclerosis combinadas medulares, aporta a ese complejo obscuro, precisiones y nociones netas. En seguida una serie de numerosos trabajos sobre epilepsia, tabes, parálisis general, compresiones medulares, los traumatismos en patología nerviosa. Pero, so-

---

* J. F. Fulton : **Physiology of the Nervous System,** Oxford University Press, New York, 1938.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

bre todo, lo apasiona el estudio de las enfermedades familiares y hereditarias, y tuvo el mérito de describir la disostosis cleidocranio-facial hereditaria, que justamente se llama hoy "enfermedad de Crouzon". En Medicina Social, estudia de preferencia una serie de problemas médico-legales, del seguro y previsión social, que han sido sintetizados en varios relatos a diferentes congresos, citamos entre ellos: "secuelas nerviosas de los traumatismos del cráneo"; "secuelas nerviosas tardías de los traumatismos del raquis"; "parálisis periféricas post-traumáticas", "enfermedades nerviosas profesionales", "el dolor en Medicina Legal", etc.

Sus cualidades espirituales y la importancia de sus trabajos científicos lo llevaron a las más altas distinciones: comendador de la Legión de Honor, profesor de la Facultad, académico, miembro de numerosas sociedades científicas, de muchas de las cuales fué presidente. O. Crouzon dedicó de manera preferente sus actividades a la Sociedad de Neurología de Paris, de la que fué durante largos años Secretario General, y como tal, el animador de las Reuniones Neurológicas Internacionales de Paris. Aquellos que lo conocieron amaban, aún más que su altas dotes intelectuales, su exquisita cortesía y su inagotable bondad.

JOHANNES LANGE

Quien había de ser una de las grandes figuras de la psiquiatría contemporánea nació en Wismar, el año 1891, defendió su patria peleando en la línea de fuego de la Guerra Mundial, fué asistente de Kraepelin desde 1919, jefe de servicio de enfermedades nerviosas en el hospital de Munich-Schwabing, en 1922, director de sección en el Instituto Alemán de Investigaciones Psiquiátricas, de 1927 a 1930; este año pasó de Munich a Breslau, donde regentó la cátedra de psiquiatría y neurología hasta su muerte, acaecida el 11 de agosto de 1938. Tales son, a grandes rasgos, las etapas de la vida pública de Lange.

Discípulo predilecto y leal de Kraepelin, recibió de él la gran tradición clínica alemana y el amor a la investigación original. Tuvo de común con su maestro el afán de información universal y crítica, la energía extraordinaria y la inspiración fecunda en el trabajo científico, el criterio independiente y certero y la solicitud cordial frente al enfermo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Colaboró en la factura de la última edición del monumental tratado de psiquiatría de Kraepelin (Psychiatrie, 4 tomos, 1927). Desde la muerte del maestro, en 1926, la producción de Lange se hace cada vez más intensa, hasta su propio fallecimiento, enriqueciendo la literatura de la especialidad con importantes adquisiciones en las ramas más diversas : herencia de las anormalidades, cuestiones de clínica y nosografía psiquiátrica y neurológica, asistencia y profilaxia, histopatología cerebral, psicopatología general, psiquiatría forense, psicología, biología social, eugenesia etc. En todos sus trabajos brilla el talento del descubridor, el arte y el buen gusto del expositor, el jugo fecundante de la cultura filosófica, literaria e histórica, y también la pasión del luchador nato, no divorciada de la gentileza caballeresca.

Dos de sus obras : "La delincuencia como sino" **(Verbrechen als Schicksal**) y "Compendio de psiquiatría" (**Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie)** marcan de modo eminente las virtudes del escritor, una en el campo de la investigación y otra en el didáctico. En este último sobresalió Lange en la cátedra con las más apreciables cualidades de maestro y clínico : el método objetivo riguroso hermanado con la captación de la plenitud viviente.

Con la muerte de Johannes Lange la psiquiatría ha perdido prematuramente a uno de sus más conspicuos y fecundos propulsores.

GEORGE MARINESCO

La neurología está de duelo. El profesor Marinesco, uno de los grandes entre los grandes, ha fallecido, después de una corta enfermedad en su ciudad natal, en plena producción científica.

Nacido en Bucarest en 1864, Marinesco fué enviado por su maestro Babes, en 1889, a la Salpétriére, donde Charcot polarizaba la neurología mundial. En seguida hizo una serie de estudios con el anatomista Carl Weigert en Frankfort y luego con el fisiólogo Dubois-Raymond en Berlín. En 1896 regresa a la Salpétriére, donde Raymond ha sucedido a Charcot. En 1897 vuelve a Bucarest y pasa su doctorado. Poco después es médico del Hospital Pantélimon y luego es nombrado profesor de Neurología en la Cátedra creada para él, y que últimamente el parlamento rumano le consagrara de por vida. Miembro de numerosas sociedades científicas, gran oficial de la Legión de Honor, **doctor honoris causa** de la Universidad de Paris, George Merinesco había conquistado en su larga carrera todos los honores y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

glorias con que el más ambicioso podía soñar, pero él sólo ambicionaba proseguir su carrera de investigador, de cazador de hechos y descubrimientos.

No se puede esbozar la obra científica del gran rumano, ella está en todas las memorias. Pero podemos medir su real grandeza y sus proyecciones. Toda ella se apoya en los más sólidos cimientos de la especialidad: la anatomía y la fisiología, para formar un edificio armonioso que coronan con elegancia sus importantes contribuciones psicopatológicas. Marinesco había visto todo, leído todo, buscado todo. Espíritu universal, no solamente estaba empapado en las disciplinas que hacen la grandeza de la medicina, sino que su cultura era general y lo incluía entre los humanistas. De ahí que sus trabajos, grandes o pequeños, desde los importantes capítulos que se encuentran en tantos tratados internacionales, hasta las más modestas contribuciones, estén marcadas con el sello personal de la claridad elegante, al mismo tiempo que la erudición. Se puede decir sin pecar en exageración que este espíritu universal ha contribuído en todos los aspectos de la neurología: histología normal y patológica, fisiología, electro-fisiología, psicología experimental y patológica, clínica neurológica. En esta última habría que pasar en revista toda la patología, capítulo por capítulo, para enumerar la obra del neurólogo rumano: miopatías; polineuritis; mielitis; encefalitis; encefalomielitis; enfermedades abiotróficas, degenerativas, familiares, neoplásicas, traumáticas; aspectos semiológicos, nuevos síntomas, sindromes. Mejor habría que buscar cuál fué el punto que él no escudriñara, capítulo al que no aportara su acuciosidad de investigador, su cultura excepcional, su genio. Toda esta obra que se encuentra dispersa en todas las revistas del mundo y en numerosos idiomas — que esperamos ver reunida por el cariño de sus discípulos y amigos — contiene algunas obras de conjunto. La primera y tal vez la más conocida está constituída por los trabajos que figuran en la **Encyclopedie Scientifique** que dirigía el maestro Toulouse, sobre la **Célula Nerviosa,** en cuyas páginas se encuentra el eco de las grandes discusiones que marcaron el fin del siglo precedente; en seguida, sus dos últimos libros: uno en colaboración con Sager sobre el discutido tema de los **Reflejos Condicionados,** otro con Sager y Kreindler sobre el **Tono muscular.**

Pero no solamente deja Marinesco su obra científica excepcional y el ejemplo de una vida consagrada con infatigable ardor a la ciencia, deja algo más: una pléyade de discípulos que forman la escuela

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

neurológica rumana, en la cual algunas figuras se proyectan ya, a la sombra del maestro desaparecido, con perfiles universles.

FREDERICK TILNEY

El 7 de agosto falleció en su residencia veraniega de Oyster Bay después de larga enfermedad Frederick Tilney. Con él pierde la neurología americana uno de sus más esclarecidos maestros y la neurología mundial uno de sus más brillantes representantes.

Nacido en Brooklyn el 4 de junio de 1875, F. Tilney ingresa a la Universidad de Yale y en seguida se gradúa de doctor en medicina en el College of Medicine de Long Island en 1903. En 1906 es admitido en el laboratorio de George S. Huntington en la Universidad de Columbia y desde entonces, siguiendo la huella de su ilustre maestro, se dedica íntegramente a las investigaciones sobre el sistema nervioso, a las que consagra toda su vida. Es nombrado profesor agregado en 1914, luego titular de la cátedra de neurología de la Universidad de Columbia que dejaba Allan Starr. En 1919 organiza el laboratorio del Neurological Institute de New York del que fué director desde 1929. Miembro de las más significativas Sociedades científicas de su país, de muchas de las cuales fué presidente, editor de **Archives of Neurology** y de **Bulletin of the Neurological Institute of New York,** presidente de la Association for Research on Nervous and Mental Diseases, Frederick Tilney era además miembro de las más renombradas sociedades científicas del mundo.

La obra científica de Tilney abarca diferentes aspectos de la neurología, pero tiene como idea directriz constante la relación entre la forma y la función, entre la anatomo-fisiología y el desorden mórbido, guardando la marca que imprimiera en su personalidad la larga y fiel colaboración con George S. Huntington. En todos sus trabajos se encuentra, no solamente el dominio técnico, el rigor en la observación, la exactitud del juicio crítico, sino, sobre todo, la claridad y la simplicidad que sólo pertenecen a los grandes espíritus. Es de notar la facilidad con que esclarece y expone los más difíciles y controvertidos problemas. Porque son clásicas y las más preciadas, mencionaremos sus investigaciones sobre hipófisis humana, la glándula pineal, el hipocampo, la filogénesis cortical, etc. Su vasta obra está dispersa en diversas revistas, pero tiene dos puntos culminantes en el manual universalmente difundido **The form and functions of Nervous System,**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

escrito en colaboración con A. Riley, en 1921, y su monumental obra **The Brain fron Ape tc Man** (1929).

Pero no solamente brillaron en F. Tilney las cualidades intelectuales sino que como en los espíritus verdaderamente selectos, florecían en él las virtudes más nobles del sentimiento y de la voluntad, de ahí que le rodearan con fervorosa dedicación sus amigos, discípulos y pacientes. Aun más, cabe alabar la energía y grandeza de alma con que supo resistir los embates del destino, y en ese sentido su vida es un ejemplo de estoica virtud: en 1924, una trombosis cerebral le ocasionó hemiplejía derecha y afasia.... reeducó lentamente su palabra, readquirió la marcha y para continuar su labor aprendió a escribir, gracias a qué esfuerzo, con la mano izquierda; años después podía volver a su laboratorio y proseguir las investigaciones.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera